



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2000

**Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie.
Eine empirische Analyse zu «Therapieerfolg», Ressourcen, Barrieren und
Attributionen**

Dobler-Mikola, Anja ; Grichting, Esther ; Hampson, Denise

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93142>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Dobler-Mikola, Anja; Grichting, Esther; Hampson, Denise (2000). Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie. Eine empirische Analyse zu «Therapieerfolg», Ressourcen, Barrieren und Attributionen. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.



Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie

Eine empirische Analyse zu
«Therapieerfolg», Ressourcen, Barrieren
und Attributionen

Anja Dobler-Mikola, Esther Grichting & Denise Hampson

Das Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG)
finanziert (Vertrag Nr. 316.98.8080)

©
Der ganze Text ist für alle in-
teressierten Personen frei zu-
gänglich. Werden Inhalte ko-
piert, zitiert oder andersweitig
verwendet, so muss ein Verweis
auf die ursprüngliche Quelle
angebracht werden.

F O S
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung
Nr. 105 2000



Dank

Wir danken allen ehemaligen Klienten und Klientinnen der stationären Therapieeinrichtungen, welche an dieser Nachbefragungsstudie teilgenommen haben, für Ihre Bereitschaft zum Interview. Ebenso danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten therapeutischen Einrichtungen für ihre Unterstützung. Unser Dank geht zudem an das Team der Interviewerinnen für den motivierten Einsatz und das grosse Engagement „im Feld“. Dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) danken wir für den Auftrag zu dieser Studie.

Wir hoffen, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung der therapeutischen Praxis als Anregungen nutzbar werden, sei es zur Reflexion der eigenen Tätigkeit, sei es zur Formulierung neuer Fragen an die Forschung. Ebenso hoffen wir, dass sie den Klienten und Klientinnen stationärer Abstinenztherapien zu Gute kommen.

Die Verfasserinnen

Wo im Text Personen- und Funktionsbezeichnungen nur in männlicher Form stehen, gelten sie selbstverständlich ebenso für das weibliche Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	8
1.1. Ausgangslage.....	8
1.2. Zielsetzungen.....	10
1.3. Aufbau.....	11
2. Drogenbestimmte Laufbahnen und Rehabilitationsverläufe nach einer stationären Therapie.....	12
2.1. Einführung.....	12
2.2. Drogenbestimmte Laufbahnen: Entwicklungs- und Ausstiegsverläufe.....	16
2.2.1. Einstieg in den Drogengebrauch und Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn.....	16
2.2.1.1. Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung problematischen Drogengebrauchs.....	16
2.2.1.2. Balance zwischen „konventioneller“ und „abweichender“ Lebenspraxis..	17
2.2.1.3. Phasen der Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn.....	19
2.2.2. Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn.....	20
2.2.2.1. Vielfältige Ausstiegsverläufe, mehrere Anläufe.....	20
2.2.2.2. Phasen der Ausstiegs aus einer drogenbestimmten Laufbahn.....	21
2.2.2.3. Motivlagen beim Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn.....	22
2.2.2.4. Verlaufsbeeinflussende Momente.....	23
2.3. Bedeutung der stationären abstinentenorientierten Behandlung im Ausstiegssprozess....	24
2.3.1. Die stationäre Therapie als abstinentenorientierte Intervention.....	25
2.3.2. Rehabilitationsverläufe nach einer stationären abstinentenorientierten Therapie.....	28
2.3.2.1. Vorbemerkungen.....	28
2.3.2.2. Spektrum nachtherapeutischer Rehabilitationsverläufe.....	30
2.3.2.3. Drogenfreiheit.....	31
2.3.2.4. Erwerbstätigkeit.....	34
2.3.2.5. Verminderung von Delinquenz.....	35
2.3.2.6. Soziale Beziehungen.....	36
2.3.3. Determinanten des Rehabilitationsverlaufes.....	37
2.3.3.1. Klientenbezogene Merkmale als Determinanten des Rehabilitationsverlaufes.....	38
2.3.3.2. Merkmale des Therapieaufenthaltes als Determinanten des Rehabilitationsverlaufes.....	44
2.3.4. Stellenwert der abstinentenorientierten Behandlung aus der Sicht der Betroffenen.	46
2.4. Fazit	48

3.	Fragestellungen in der empirischen Analyse.....	50
3.1.	Rehabilitationsstatus und Rehabilitationsverläufe.....	50
3.1.1.	Fragestellungen zur Nachbefragungssituation.....	53
3.1.2.	Fragestellungen zur Eintrittssituation.....	55
3.2.	Subjektive Attribuierung von „Erfolg“ und „Misserfolg“ und rückblickende Therapiebeurteilung.....	56
4.	Methodik.....	59
4.1.	Forschungsplan.....	59
4.1.1.	Ethikbestimmungen.....	60
4.1.2.	Teilnehmende Einrichtungen.....	60
4.2.	Stichprobenbeschreibung.....	61
4.2.1.	Rekrutierung der Probanden und „Tracking“.....	61
4.2.2.	Datenerhebung / Interviewführung.....	62
4.2.3.	Stichprobe.....	63
4.2.3.1.	Gesamtstichprobe und Erreichungsquote.....	63
4.2.3.2.	Spezifika der Trackingsituation und Erreichungsquote.....	65
4.2.3.3.	Charakteristika der durchgeführten Interviews.....	66
4.3.	Instrumente.....	66
4.4.	Datenverarbeitung.....	68
4.4.1.	Datenaufbereitung und Datenbereinigung.....	68
4.4.2.	Operationalisierung.....	68
4.4.3.	Datenauswertung.....	69
4.4.3.1.	Datenreduktionsverfahren.....	70
4.4.3.2.	Zusammenhangsanalysen.....	71
5.	Ergebnisse.....	73
5.1.	Lebenssituation beim Therapieeintritt.....	73
5.1.1.	Merkmale der Eintrittssituation.....	73
5.1.1.1.	Strukturelle Integration.....	73
5.1.1.2.	Desintegration und Marginalisierung.....	77
5.1.1.3.	Muster des Drogengebrauchs.....	80
5.1.1.4.	Fazit.....	82
5.1.2.	Soziodemographische Merkmale und Lebenssituation beim Eintritt.....	83
5.1.2.1.	Strukturelle Integration.....	83
5.1.2.2.	Desintegration und Marginalisierung.....	85
5.1.2.3.	Muster des Drogengebrauchs.....	86
5.1.2.4.	Fazit.....	87
5.1.3.	Soziokultureller Hintergrund und Lebens- situation beim Eintritt.....	88
5.1.3.1.	Strukturelle Integration.....	88

5.1.3.2.Desintegration und Marginalisierung.....	91
5.1.3.3.Muster des Drogengebrauchs.....	93
5.1.3.4.Fazit.....	95
5.1.4.Merkmale des Therapieaufenthaltes und Lebenssituation beim Eintritt.....	95
5.1.4.1.Strukturelle Integration.....	96
5.1.4.2.Desintegration und Marginalisierung.....	99
5.1.4.3.Muster des Drogengebrauchs.....	102
5.1.4.4.Fazit.....	103
5.2. Selektionseffekte in der Nachbefragungsstichprobe.....	105
5.2.1.Unterschiede zwischen den erreichten und nichterreichten Behandlungsteilnehmenden.....	105
5.2.1.1.Soziodemographische Merkmale.....	105
5.2.1.2.Soziokultureller Hintergrund.....	106
5.2.1.3.Strukturelle Integration.....	107
5.2.1.4.Desintegration und Marginalisierung.....	108
5.2.1.5.Muster des Drogengebrauchs.....	108
5.2.1.6.Merkmale des Therapieaufenthaltes.....	109
5.2.1.7.Fazit.....	110
5.2.2.Bedeutung des Therapieabbruches für die Erreichbarkeit in der Nachbefragung.....	111
5.2.2.1.Soziodemographische Merkmale.....	111
5.2.2.2.Soziokultureller Hintergrund.....	112
5.2.2.3.Strukturelle Integration.....	113
5.2.2.4.Desintegration und Marginalisierung.....	113
5.2.2.5.Muster des Drogengebrauchs.....	114
5.2.2.6.Merkmale des Therapieaufenthaltes.....	115
5.2.2.7.Fazit.....	115
5.2.3.Analyse der Todesfälle.....	116
5.2.3.1.Soziodemographische Merkmale.....	116
5.2.3.2.Soziokultureller Hintergrund.....	116
5.2.3.3.Strukturelle Integration.....	117
5.2.3.4.Desintegration und Marginalisierung.....	118
5.2.3.5.Muster des Drogengebrauchs.....	119
5.2.3.6.Merkmale des Therapieaufenthaltes.....	119
5.2.3.7.Fazit.....	120
5.3. Soziale Situation und Muster des Drogengebrauchs in der Nachbefragung.....	121
5.3.1.Typische Muster der Rehabilitation.....	121
5.3.1.1.Strukturelle Integration.....	121
5.3.1.2.Desintegration und Marginalisierung.....	125
5.3.1.3.Muster des Drogengebrauchs.....	127
5.3.1.4.Fazit.....	131

5.3.2. Soziodemographische Merkmale und Muster der Rehabilitation.....	132
5.3.2.1. Strukturelle Integration.....	132
5.3.2.2. Desintegration und Marginalisierung.....	135
5.3.2.3. Muster des Drogengebrauchs.....	137
5.3.2.4. Fazit.....	138
5.3.3. Soziokultureller Hintergrund und Muster der Rehabilitation.....	139
5.3.3.1. Strukturelle Integration.....	139
5.3.3.2. Desintegration und Marginalisierung.....	143
5.3.3.3. Muster des Drogengebrauchs.....	145
5.3.3.4. Fazit.....	147
5.3.4. Merkmale des Therapieaufenthaltes und Muster der Rehabilitation.....	148
5.3.4.1. Strukturelle Integration.....	148
5.3.4.2. Desintegration und Marginalisierung.....	154
5.3.4.3. Muster des Drogengebrauchs.....	158
5.3.4.4. Fazit.....	161
5.4. Veränderungen in der sozialen Integration und im Drogengebrauch im Vergleich zur Zeit vor dem Therapieeintritt.....	163
5.4.1. Veränderungen in der strukturellen Integration.....	163
5.4.1.1. Wohnsituation.....	163
5.4.1.2. Arbeitssituation.....	165
5.4.1.3. Finanzielle Abhängigkeiten.....	167
5.4.1.4. Fazit.....	169
5.4.2. Veränderungen in der sozialen Desintegration und Marginalisierung.....	170
5.4.2.1. Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise.....	170
5.4.2.2. Gerichtliche Verurteilungen.....	172
5.4.2.3. Fazit.....	174
5.4.3. Veränderungen der Muster des Drogengebrauchs.....	174
5.4.3.1. Fazit.....	177
5.5. Subjektive Attribuierung von „Erfolg“ und „Misserfolg“ sowie Therapiebeurteilung.....	178
5.5.1. Subjektive Gründe für einen Rückfall und für das Leben ohne Drogen.....	178
5.5.1.1. Subjektive Gründe für einen Rückfall.....	178
5.5.1.2. Subjektive Gründe für das Leben ohne Drogen.....	181
5.5.1.3. Fazit.....	184
5.5.2. Subjektiv wahrgenommene Veränderungen und rückblickende Beurteilung der Therapie.....	185
5.5.2.1. Wichtige Veränderungen 18 Monate nach der Therapie.....	186
5.5.2.2. Therapiebeurteilung.....	193
5.5.2.3. Fazit.....	201

6.	Zusammenfassung und Diskussion.....	205
6.1.	Untersuchungsbasis.....	206
6.2.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	207
6.2.1.	Lebenssituation beim Therapieeintritt.....	207
6.2.2.	Soziale Situation und Muster des Drogengebrauchs in der Nachbefragung.....	209
6.2.3.	Veränderungen in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs gegenüber der Zeit vor Eintritt.....	213
6.2.4.	Subjektive Attribuierung von „Erfolg“ und „Misserfolg“.....	215
6.2.4.1.	Subjektive Attribution von „Misserfolg“.....	215
6.2.4.2.	Subjektive Attribution von „Erfolg“.....	216
6.2.5.	Subjektiv wahrgenommene Veränderungen und rückblickende Therapiebeurteilung.....	218
6.2.5.1.	Subjektiv wahrgenommene Veränderungen.....	218
6.2.5.2.	Rückblickende Therapiebeurteilung.....	219
6.3.	Schlussfolgerungen.....	221
Anhang.....	225
Anhang 1	Literaturverzeichnis.....	226
Anhang 2	Abbildungsverzeichnis.....	236
Anhang 3	Anhang zu den Abschnitten 4.1 und 4.2	
Anhang 4	Anhang zum Kapitel 4.4	
Anhang 5	Anhang zum Kapitel 5.5	
Anhang 6	Fragebogen zur Verlaufsdokumentation nach Austritt	

Kurzzusammenfassung

Wie geht es den Klienten und Klientinnen stationärer abstinenzorientierter Therapien anderthalb Jahre nach dem Austritt? In welchen Aspekten hat sich ihre Lebenssituation gegenüber der Zeit vor der Therapie verändert? Wie beurteilen sie die Therapie rückblickend? Um Antworten auf diese und weitere Fragen zu erhalten, welche sowohl für die therapeutische Praxis als auch die Forschung von Bedeutung sind, wurde im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) eine Nachbefragungsstudie bei Therapieabgängern stationärer Behandlungseinrichtungen durchgeführt.

Ziel der Studie ist eine umfassende Beschreibung des Rehabilitationsstatus und der Rehabilitationsverläufe bei ehemaligen Klienten und Klientinnen achtzehn Monate nach dem Austritt aus einer stationären abstinenzorientierten Drogentherapie. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Erhebung der Klientenperspektive zum Therapieerfolg und zur absolvierten Behandlung.

Zur Teilnahme an der Studie waren Ende 1997 alle damaligen FOS-Einrichtungen aus der deutschsprachigen Schweiz eingeladen worden. 28 davon hatten sich für eine Beteiligung entschieden. Die Untersuchungspopulation für die Nachbefragung belief sich – unter Berücksichtigung der regulären wie irregulären Therapieaustritte – auf insgesamt 404 Personen. Von diesen konnten 189 Personen tatsächlich nachbefragt werden, 18 waren in der Zwischenzeit verstorben, und mit den übrigen konnte aus verschiedenen Gründen kein Interview geführt werden. Die Befragung war durch ein institutions-externes Interview-Team mittels einem standardisierten Fragebogen durchgeführt worden. In der Stichprobe der Erreichten sind Personen mit einem regulären Therapieabschluss übervertreten.

Die wichtigsten Ergebnisse zeigen, dass ein regulärer Therapieabschluss in verschiedener Hinsicht mit einer besseren Prognose einhergeht: wer die Therapie wie vorgesehen durchlaufen hat, weist in der Zeit nach dem Austritt mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine gute Arbeitsintegration auf, hat öfter keine Kontakte mehr zu drogenbenützenden Kreisen und konsumiert seltener erneut Heroin oder Kokain. In gewissen Aspekten erweisen sich aber auch die Ressourcen bzw. Defizite beim Eintritt als relevant. Beispielsweise gelingt es Personen, welche im Jahr vor dem Behandlungsbeginn noch einen Fuss im Arbeitsmarkt hatten, in der Zeit nach Austritt eher, sich arbeitsmässig gut zu integrieren.

Was die subjektive Perspektive hinsichtlich Therapieerfolg oder –misserfolg anbelangt, wird aus Sicht der ehemaligen Klienten einer bewussten Entscheidung für ein neues, sinnvolles Leben die grösste Bedeutung für das Gelingen eines drogenfreien Lebens zugemessen. Die Ablehnung des vormaligen drogenbezogenen Lebens, eine zufriedenstellende Arbeitssituation und die Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind weitere als wichtig erachtete Motive. Positive Veränderungen mit einem Einfluss der Therapie werden am stärksten im Bereich persönlicher und sozialer Kompetenzen wahrgenommen.

Die Ergebnisse bestätigen einmal mehr den wichtigen Stellenwert der stationären abstinenzorientierten Therapien für die Rehabilitation zumindest eines Teils der Menschen, die wegen Drogenproblemen Hilfe aufsuchen.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Behandlungsangebot für Drogenabhängige in der Schweiz hat sich seit Anfang der 70er Jahre stark entwickelt und ausdifferenziert (Klingemann, 1998; Uchtenhagen, 1992a; Uchtenhagen, 1992b) – eine Entwicklung, von der auch die stationäre Langzeittherapie mit betroffen war. Hatte diese anfänglich den Charakter einer sozialen Bewegung, wurde sie im Laufe der letzten 20 Jahre zunehmend professionalisiert und diversifiziert, dies sowohl in Bezug auf die Trägerschaften als auch die Therapiemodalitäten und das ideologische Spektrum (Klingemann, 1998; Schaaf, 2000; Schaaf, Dobler-Mikola, & Uchtenhagen, 1997; Uchtenhagen, 1992b).

Im Rahmen des bundesrätlichen Massnahmenpaketes aus dem Jahre 1991 waren unter anderem die Förderung und der Ausbau des stationären Therapieangebotes für Drogenabhängige in der Schweiz beschlossen worden. Das Therapieangebot in der Schweiz hat in der ersten Hälfte der 90er Jahre eine starke Ausweitung erfahren. Erst in der zweiten Hälfte der 90er Jahre kam es zum Abschluss dieser Wachstumsphase, ja zu einem „Schrumpfungs- und Umstrukturierungsprozess“ im stationären Drogentherapiesektor (Klingemann, 1998, 26), der in eine Strukturkrise mündete und mit einer Verknappung der finanziellen Mittel zusammenfiel. Während die abstinenzorientierte stationäre Langzeittherapie lange Zeit als Königsweg in der Behandlung Drogenabhängiger galt, stellt sie inzwischen *eine* Behandlungsform unter verschiedenen dar. Insbesondere Angebote der Substitutionsbehandlung wie die (auch niederschwellige) Methadonabgabe, dann die Projekte zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE, neu: HeGeBe), sowie Überlebenshilfeprojekte haben sich zu bedeutenden Pfeilern im gesamtschweizerischen Behandlungsangebot entwickelt.

Welcher Stellenwert kommt der stationären Therapie im heutigen Therapieangebot zu? Angesichts der laufenden Diskussionen zum Bedarf nach und der idealen Ausgestaltung von therapeutischen Angeboten im Drogenbereich ist es eminent wichtig, über systematische Informationen zu den Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Behandlungsangebote zu verfügen. Systematische Informationen zu den einzelnen Behandlungsangeboten und deren „Erfolg“ wirken der Gefahr unzulässiger Kostenvergleiche entgegen, indem Kosten *und Nutzen* für jeweils bestimmte Zielgruppen ins Zentrum rücken. Der Gefahr einer vor allem aus Kostenüberlegungen erfolgenden Reduktion des stationären An-

gebotes resp. einer Verkürzung der Therapiedauer, wie beispielsweise aus Deutschland berichtet (Kahlert, 1997; Zemlin, Herder, & Dornbusch, 1999), soll damit begegnet werden. Von einer *systematischen Evaluation* wird ein Beitrag zur zielgerichteten Planung des therapeutischen Angebotes und zu einem effizienteren Einsatz der vorhandenen Mittel erhofft, wobei nicht allein politische und finanzielle Überlegungen ausschlaggebend sein sollen, sondern vielmehr die Qualität der Angebote, ihre Professionalität und die Behandlungsergebnisse.

Dem Interesse, Informationen zur *Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit* stationärer abstinenzorientierter Therapieeinrichtungen zu gewinnen, wurde im Rahmen des *Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS* (Dobler-Mikola, Grichting, & Reichlin, 1997; Grichting, Dobler-Mikola, & Reichlin, 1998; Grichting, Dobler-Mikola, & Reichlin, 1999) bereits seit 1995, sowie zuvor im *Forschungsverbund therapeutischer Einrichtungen* (Zimmer-Höfler & Uchtenhagen, 1990), in verschiedener Hinsicht nachgegangen:

- Erste systematische Nachbefragungen von Therapieabgängern wurden ab 1989 in der Studie „Psychosoziale Aspekte der HIV-Infektion bei Drogenabhängigen“ (Nationales Forschungsprogramm 26) realisiert (Uchtenhagen, Zimmer Höfler, & Dobler-Mikola, 1993).
- Anschliessend wurden ab 1992 systematische Nachbefragungen im Rahmen des vom BAG finanzierten Projektes „Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger“ durchgeführt, deren Ergebnisse verschiedenen Publikationen und Tagungsbeiträgen zu Grunde liegen (Dobler-Mikola, 1996; Dobler-Mikola, Wettach, & Uchtenhagen, 1998; KOFOS, 1995; KOFOS, 1996; Wettach, 1998; Wettach & Dobler-Mikola, 1994). All diese Beiträge verfolgten das Ziel, die Forschungsergebnisse an die therapeutische Praxis zurückzumelden, was sich bereits in der Machbarkeitsstudie zur Dokumentation stationärer Einrichtungen (Dobler-Mikola, Schaaf, & Uchtenhagen, 1994) als wichtige Bedingung einer praxisrelevanten Forschung erwiesen hatte. Die systematische Aufarbeitung der Nachbefragungen im Rahmen des oben genannten Projektes ist in der 1998 publizierten Studie von Dobler-Mikola, Wettach & Uchtenhagen (Dobler-Mikola et al., 1998) erfolgt.
- Neun der bereits an der Studie von Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) beteiligten Einrichtungen führten die Nachbefragungen ihrer Klientele ab 1995 auch im Rahmen des Forschungsverbundes FOS auf eigene Kosten weiter. Die Ergebnisse wurden ihnen jeweils in Form einer Gesamtstatistik (Daten aller beteiligten Einrichtungen) sowie einer einrichtungsspezifischen Statistik zurückgemeldet.

Die vorliegende Studie, deren Zielsetzungen und spezifische Erkenntnisinteressen im Folgenden ausgeführt werden, reiht sich in diese Tradition systematischer Evaluationsforschung ein.

1.2. Zielsetzungen

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, basierend auf aktuellen Daten weitere Erkenntnisse über Grenzen und Möglichkeiten der Reintegration von Drogenabhängigen nach einem Therapieaufenthalt zu gewinnen. Darauf basierend sollen, mit Blick auf die weitere Forschung, die therapeutische Praxis und die Planung von stationären Therapieangeboten, sowie auf die öffentliche Diskussion, Empfehlungen formuliert werden. Fundierte Aussagen zum „Erfolg“ stationärer Therapieangebote sind nicht nur für die Planung und Koordination des Therapieangebotes von Bedeutung, sondern auch für die therapeutische Praxis selbst (Reflexion des therapeutischen Prozesses) sowie für die Öffentlichkeit (Versachlichung eines emotionell besetzten Bereiches).

Die Studie greift in ihren Fragestellungen nicht nur bisherige Schwerpunkte im Rahmen der FOS-Nachbefragungsforschung auf, sondern geht über diese hinaus. Im Zentrum stehen folgende Bereiche:

- Die Beschreibung des Rehabilitationsstatus der ehemaligen Therapieteilnehmer auf verschiedenen Dimensionen. Dabei werden Aspekte der strukturellen Integration wie auch der Desintegration und Marginalisierung, sowie der Gebrauch von Drogen berücksichtigt.
- Die Beschreibung unterschiedlicher Rehabilitationsverläufe unter Berücksichtigung von soziodemographischen Merkmalen und des soziokulturellen Hintergrundes der betroffenen Personen, sowie von Merkmalen des Therapieaufenthaltes.
- Die Untersuchung der subjektiven Begründung von „Erfolg“ resp. „Misserfolg“, der selbst wahrgenommenen Veränderungen und der rückblickenden Therapiebeurteilung.

Der Zusammenhang der Rehabilitationsverläufe mit strukturellen Merkmalen der therapeutischen Einrichtungen ist zwar Gegenstand der Auswertung, bildet aber nicht Teil dieses Berichts, sondern des Schlussberichtes zum Projekt Q U A F O S (Vertrag 98.000713/8078) (Wettach, Frei, Dobler-Mikola, & Uchtenhagen, 2000).

Gemäss den Zielsetzungen von Evaluationsforschung – Überprüfung der Wirksamkeit von Behandlungsangeboten sowie Schaffung von Grundlagen für eine sachlich fundierte Drogenpolitik und deren Planung – soll die vorliegende Studie dazu beitragen, die Bedeutung der *stationären* Rehabilitation als (mindestens für

einen Teil der Drogenabhängigen) erfolgreiche Behandlungsform weiter zu untersuchen und zu dokumentieren.

1.3. Aufbau

Der vorliegende Bericht ist wie folgt gegliedert:

- Die Einleitung (Kapitel 1) informiert über den Rahmen dieser Untersuchung und ihre Zielsetzungen.
- In Kapitel 2 wird anhand theoretischer und empirischer Befunde zunächst auf mögliche Entwicklungs- und Ausstiegsverläufe in Bezug auf drogenbestimmte Laufbahnen eingegangen (2.1). Damit wird der Rahmen abgesteckt, welcher für die stationäre Therapie als eine abstinenzorientierte Intervention bedeutsam ist. In einem zweiten Teil (2.2) wird dann auf die spezifische Bedeutung der stationären abstinenzorientierten Therapie im Prozess des Ausstiegs aus einem drogenbestimmten Leben eingegangen und es werden Befunde zur Rehabilitation nach einer stationären Behandlung und den Determinanten unterschiedlicher Rehabilitationsverläufe zusammengestellt. Dabei interessiert auch die Frage nach dem Stellenwert der Behandlung aus der Sicht der ehemaligen Klienten.
- In Kapitel 3 sind die Fragestellungen für die vorliegende Untersuchungen formuliert.
- Kapitel 4 ist der Beschreibung methodischer Aspekte gewidmet (Forschungsplan, Stichprobenbeschreibung, Instrumente, Datenverarbeitung).
- Die Ergebnisse sind in Kapitel 5 zu finden, gegliedert nach den Schwerpunkten der Untersuchung (Lebenssituation beim Eintritt, Überprüfung von Selektionseffekten in der Nachbefragungsstichprobe, Beschreibung des Rehabilitationsstatus in der Nachbefragung, Veränderungen, subjektive Attribution von Erfolg und Misserfolg sowie rückblickende Therapiebeurteilung).
- Kapitel 6 ist der Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse des empirischen Teils gewidmet.
- Der Anhang enthält verschiedene Verzeichnisse (Literatur, Abbildung) sowie ergänzende Informationen zu einzelnen Kapiteln.

2. Drogenbestimmte Laufbahnen und Rehabilitationsverläufe nach einer stationären Therapie

2.1. Einführung

Drogengebrauch und Rehabilitation stellen komplexe Phänomene dar, die verschiedene wissenschaftliche Disziplinen tangieren und in ihrer sozialen Realität unterschiedliche Akteure betreffen. Die oben genannten Schwerpunkte dieser Studie bewegen sich im Rahmen eines sozialwissenschaftlichen Zuganges, indem sie nach unterschiedlichen Rehabilitationsverläufen bei ehemaligen Klienten stationärer abstinenzorientierter Therapien sowie nach deren Ressourcen und Barrieren im Prozess der Rehabilitation fragen. Entsprechend konzentriert sich die Literaturübersicht auf eine sozialwissenschaftliche Betrachtung des Gegenstandes. Die Befunde zu den Schwerpunkten der vorliegenden Studie werden dabei zunächst in einen Rahmen eingebunden, welcher den Blick über die stationäre Behandlung und die anschliessende Rehabilitation hinaus auf verschiedene Entwicklungs- und Ausstiegsverläufe öffnet. Wo sich problematischer Gebrauch entwickelt und verfestigt, können sich längerfristige „Abhängigkeits-“, und „Behandlungsverläufe“ entwickeln, in welche eine stationäre abstinenzorientierte Therapie als eine zeitlich begrenzte Intervention eingreift.

Zur Beschreibung unterschiedlicher Phasen des Gebrauchs von illegalen Drogen sowie der Rehabilitation hat sich im Rahmen der Suchtforschung das Konzept der Laufbahn oder „Karriere“ etabliert. Hser et al. (Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997) zum Beispiel charakterisieren die empirisch beobachtbaren Zyklen von Konsum, Beendigung und Wiederkonsum in Anlehnung an zahlreiche weitere Autoren mit den Begriffen „drug use career“, „dependence career“ oder „addiction career“ und führen ergänzend den Begriff der „drug treatment career“ ein. Dobler-Mikola (Dobler-Mikola, 2000) spricht von „Laufbahnsegmenten“, in welchen sich Drogengebrauch und Rehabilitation abspielen. Zahlreiche weitere theoretische Ansätze, aber auch empirische Studien beziehen sich in irgendeiner Form auf den „Karrierebegriff“ (Groenemeyer, 1990).

Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) weist in seinen differenzierten Ausführungen zur Verwendung des Karrierekonzepts in der Drogenforschung auf dessen unterschiedliche Reichweite hin. So wird das der Berufssoziologie entlehene Konzept zum einen eher *deskriptiv* verwendet, um verschiedene sequentielle Verlaufsformen des Drogengebrauchs zu beschreiben. Ein Beispiel hierfür ist die

im medizinisch-psychiatrischen sowie im kriminologischen Modell von Drogenabhängigkeit verbreitete Annahme eines sequentiell steigenden Drogengebrauchs mit gleichzeitigem Anstieg der negativen Auswirkungen auf die übrigen Lebensbereiche. Dieser Verwendungsform steht zum andern eine eher *analytische* gegenüber, welche das Karrierekonzept vor dem theoretischen Hintergrund des symbolischen Interaktionismus aufnimmt und es zur Beschreibung von Prozessen der Identifizierung und Sozialisation in abweichenden sozialen Kontexten oder infolge von Stigmatisierung verwendet.

Klär (Klär, 1995), welche „Drogenkarrieren“ Heroinabhängiger aus einer biographischen Perspektive untersuchte, betont den Nutzen des Karrierekonzepts für eine dynamische Betrachtung der Verlaufsformen von Heroinabhängigkeit. Im Zentrum ihres Erkenntnisinteresses steht die Erschliessung von unterschiedlichen Entwicklungsprozessen zwischen dem Einstieg in den Drogengebrauch und dem (potentiellen) Ausstieg. Damit schliesst sie sich Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) an, welcher ein handlungstheoretisch fundiertes Modell zur Analyse unterschiedlicher Entwicklungsprozesse des Gebrauchs illegaler Drogen entwickelt hat.

Wird der Drogenkonsum als das Ergebnis eines Interaktionsprozesses verstanden, an welchem das Individuum, dessen soziales Umfeld und gesellschaftliche Reaktionen gleichermassen beteiligt sind, rücken zwei Fragen ins Zentrum: erstens die Frage nach dem subjektiven Sinn resp. den Motivlagen beim Einstieg in den Drogenkonsum, bei der Fortsetzung des Drogengebrauchs und beim versuchten oder gelungenen Ausstieg (Klär, 1995; Groenemeyer, 1990); zweitens die Frage nach den Entwicklungsmechanismen und der sozialen Bedingtheit unterschiedlicher Entwicklungsverläufe (Groenemeyer, 1990).

Diese zwei Fragen bilden den Hintergrund für die Ausführungen im ersten Teil (2.1) betreffend den Einstieg in den Drogengebrauch, die Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn und den Ausstieg daraus.

Es würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen, die ganze Palette möglicher Verläufe und deren Entwicklungsbedingungen auszuführen. Der Fokus der vorliegenden Untersuchung richtet sich auf Ausstiegsverläufe, die mit Hilfe einer stationären abstinenzorientierten Intervention gelingen sollen. Deshalb wird in einem zweiten Teil (2.2) spezifisch auf die Bedeutung der stationären abstinenzorientierten Behandlung im Ausstiegsprozess eingegangen, und es werden empirische Befunde zur Rehabilitation nach einer stationären Therapie und den Determinanten unterschiedlicher Rehabilitationsverläufe zusammengestellt (2.2). Dabei interessiert auch die Frage nach dem Stellenwert der Behandlung aus der Sicht der ehemaligen Klienten.

Die in dieser Arbeit eingenommene Perspektive beinhaltet die Verwendung einer entsprechenden Terminologie; das Verständnis der wichtigsten benutzten Begriffe sei hier kurz erläutert:

- *Drogengebrauch*: Durch die Verwendung des Begriffs „Drogengebrauch“ (oder auch Drogenkonsum) wird das hier im Vordergrund stehende Interesse betont, den Konsum von Rauschmitteln resp. psychotropen Substanzen sowie die damit verbundenen Konsequenzen, Bewertungen, Reaktionen und Interventionen als gesellschaftliche Phänomene zu betrachten. Drogengebrauch umfasst unterschiedlichste Muster des Konsums von Drogen, während mit den gängigen Begriffen „Abhängigkeit“ und „Sucht“ insbesondere problematische Gebrauchsformen und deren Konsequenzen bezeichnet werden¹. Der Begriff „Drogengebrauch“ vermag das ganze Spektrum an möglichen Entwicklungsverläufen anzudeuten, auch wenn er in dieser Arbeit vorrangig zur Beschreibung jener Muster problematischen Gebrauchs illegaler Drogen (insbesondere Opiate) herangezogen wird, welche mit sozialen Reaktionen und/oder individuellen Problemen verbunden sind.²
- *Drogenbestimmte Laufbahnen*: Das Laufbahnkonzept wird hier in einer vorwiegend heuristischen Funktion verwendet. Entlang von Laufbahnabschnitten, welche sich durch spezifische Merkmale sowie Übergänge auszeichnen, werden mögliche Entwicklungsverläufe des Drogengebrauchs kurz nachgezeichnet. Dabei interessieren jene Verläufe speziell, die mit der Entwicklung eines problematischen Drogengebrauchs einhergehen und schliesslich zu einer drogenzentrierten Handlungsorientierung führen – also in eine drogenbestimmte Laufbahn münden.

¹ Die Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10 (DIMDI, 1994) unterscheidet *schädlichen Gebrauch* und das *Abhängigkeitssyndrom*, wobei diese wie folgt definiert werden: Schädlicher Gebrauch als „Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigungen führt“ (Missbrauch psychotroper Substanzen); Abhängigkeitssyndrom als „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln“, charakterisiert durch den starken Wunsch, die Substanz einzunehmen, durch Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren, durch anhaltenden Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen, durch Entwicklung einer Toleranzerhöhung und manchmal eines körperlichen Entzugssyndroms (329 ff).

² Dies bedeutet nicht, die neurophysiologischen Anteile an Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit zu negieren. Vielmehr soll eine Perspektive zum Ausdruck kommen, welche problematischen Gebrauch als ein bio-psycho-soziales Phänomen (Leshner, 1997; Wikki, Shantinath, & Streuli, 1999) begreift. Die Bedeutung biographischer Entwicklungen sowie sozialer und kultureller Einflüsse für den Einstieg in und die Verfestigung von Drogengebrauch soll entgegen einem Verständnis von „Abhängigkeit“ und „Sucht“ als alleinigem Ausdruck individueller Pathologie betont werden (vgl. dazu Krausz & Degkwitz, 1996).

- *Soziale Identitäten:* Die Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn, wie sie hier im Zentrum steht, ebenso wie der Ausstieg aus einer solchen sind aus einer handlungstheoretischen Perspektive wesentlich mit Veränderungen der sozialen Identität verbunden. Mit dem Begriff „soziale Identitäten“ werden die sich in der Interaktion mit der sozialen Umwelt bildenden Identitäten des Einzelnen bezeichnet (Krappmann, 1978). Diese entsprechen internalisierten „Zugehörigkeiten“ des Individuums zu bestimmten sozialen Gruppierungen, Kontexten etc., deren Normen und Werte geteilt werden (Weisz, 1996). Soziale Identitäten haben somit zwar subjektiven Charakter, spiegeln aber zugleich das jeweilige kulturelle Umfeld wider.
- *Rehabilitation:* Der Begriff der „Rehabilitation“ bezeichnet die Wiedereingliederung in die Gesellschaft im Sinne einer Wiederherstellung allgemeiner und spezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten (Dorsch, Häcker, & Stapf, 1987) und bezieht sich im vorliegenden Kontext speziell auf die Herstellung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche während der Drogenkarriere verloren gingen oder gar nicht erst erworben werden konnten. Der Rehabilitationsbegriff umfasst nicht nur intrapsychische Veränderungen, sondern – in einem weiter gefassten Verständnis – ebenso Prozesse der Integration in verschiedene gesellschaftliche Bereiche, weshalb er zur Beschreibung des Ausstiegsprozesses aus einer drogenbestimmten Laufbahn herangezogen werden kann.
- *Stationäre abstinenzorientierte Drogentherapien:* Im Zentrum dieser Arbeit stehen Rehabilitationsverläufe, die mittels einer abstinenzorientierten Intervention gelingen sollen. Damit interessiert hier aus dem gesamten Spektrum existierender Behandlungsformen diejenige, welche sich durch den Vorrang der Abstinenzorientierung auszeichnet (Dobler-Mikola, 2000). Für die stationäre Suchttherapie ist, trotz unterschiedlicher theoretischer Ansätze, das Ziel der Abstinenz von Opiaten während der Therapiephase charakteristisch, und zumindest teilweise ist die therapeutische Intervention prioritär darauf ausgerichtet, ein abstinentes Leben nach dem Therapieaufenthalt zu ermöglichen (Schaaf, 2000). Durch den Vorrang der Abstinenzerrreichung unterscheidet sich diese Interventionsform gegenüber den Substitutionsbehandlungen, welche die Abstinenzerrreichung nicht ausschliessen, jedoch der sozialen Rehabilitation Priorität einräumen (Dobler-Mikola, 2000).

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf internationale Literatur aus dem deutsch- und englischsprachigen Raum, welche im Rahmen einer breiten Literaturrecherche zusammengetragen wurde.

2.2. Drogenbestimmte Laufbahnen: Entwicklungs- und Ausstiegsverläufe

Im Folgenden soll die Vielfalt möglicher Entwicklungsverläufe vom ersten Kontakt mit Substanzen über die mögliche Entwicklung eines problematischen Gebrauchs bis hin zum Ausstieg resp. den Ausstiegsversuchen in groben Zügen skizziert werden, um dadurch den Rahmen abzustecken, welcher für die stationäre Therapie als abstinenzorientierte Intervention bedeutsam ist.

2.2.1. Einstieg in den Drogengebrauch und Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn

Die Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn lässt sich, aus der in dieser Arbeit eingenommenen Perspektive, nachzeichnen als ein Prozess, an dem das Individuum, dessen soziales Umfeld und gesellschaftliche Reaktionen gleichermaßen beteiligt sind. Seine Dynamik lässt sich mittels Modellen eines phasenhaften Verlaufes beschreiben.

2.2.1.1. Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung problematischen Drogengebrauchs

Der Beginn mit dem Konsum von Substanzen, welche ein Missbrauchspotential aufweisen, findet für die meisten der späteren Gebraucher in der Adoleszenz statt, auch wenn das Experimentieren mit legalen und auch illegalen Substanzen keineswegs zwingend einen Übergang zu problematischem Konsum und Missbrauch darstellt (Wicki et al., 1999). Wie Leshner (Leshner, 1997) betont, geht Substanzgebrauch zwar immer mit neurophysiologischen Veränderungen bestimmter Belohnungssysteme einher, wobei sich diese Belohnungssysteme bei verlängertem Drogengebrauch entsprechend anpassen. Neurophysiologische Veränderungen seien aber nicht isoliert zu betrachten, sondern als Teil eines bio-psycho-sozialen Phänomens. Dies bedeutet, dass sowohl beim Beginn des Drogengebrauchs, als auch beim Übergang zum Missbrauch psychologische und Kontextfaktoren im Sinne von „Belastungen“ oder Risikofaktoren respektive „Ressourcen“ oder Schutzfaktoren mit von Bedeutung sind.

Die Suche nach solchen Risiko- und Schutzfaktoren für den Übergang vom Experimentierkonsum zum problematischen Gebrauch resp. Missbrauch ist Gegenstand der *Ätiologieforschung* sowie der *Präventionsforschung*, welche sich dafür im Hinblick auf Ansatzpunkte für die präventive Intervention interessiert. Wie Wicki et al. (Wicki et al., 1999) in einem Überblick zu Wirkfaktoren für Substanzgebrauch und –missbrauch festhalten, gilt es bei Jugendlichen klar zu trennen zwischen Risikofaktoren, die für den Experimentierkonsum gelten, und

solchen für den missbräuchlichen Konsum. Generell sei von der Annahme wegzukommen, „es gäbe im Zusammenhang mit Sucht und Abhängigkeit Risiko- und Schutzfaktoren, die für die ganze Bevölkerung eines Kantons oder Landes gleichermassen gelten würden.“ (42). Vielmehr seien Risiko- und Schutzfaktoren zielgruppenspezifisch zu gewichten.

Im Rahmen einer gewichteten Auswahl nennen die Autoren denn genetische Faktoren (z.B. das Temperament) in Interaktion mit ungünstigen Familienverhältnissen während der Kindheit als einen Risikofaktor für den (Mehrfach)Konsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Teil eines fortdauernden Problemverhaltens. Ausserdem werden Beziehungen zu drogengebrauchenden Peers als einer der stärksten Prädiktoren des Substanzmissbrauchs unter Jugendlichen erwähnt.³

Motivlagen für den Gebrauch von Drogen und die Entwicklung eines entsprechenden Lebensstils werden von anderen Autoren geortet in der Suche nach Anerkennung unter Gleichaltrigen (Groenemeyer, 1990), in der Bewältigung individueller Belastungen bis hin zum Versuch einer Selbstbehandlung gegen untragbare emotionale Zustände („Selbstmedikationshypothese“; vgl. Khantzian, 1996), in der Bewältigung von Identitätsproblemen, in der Vermeidung von Angst und Unsicherheit und im Abbau von Belastungen, die mit der Adoleszenz verbunden sind (entwicklungspsychologische Perspektive; vgl. Krausz & Degkwitz, 1996; Silbereisen & Kastner, 1987).

Ohne hier ausführlicher auf die Ätiologie eingehen zu können, wird im Folgenden der Übergang von Experimentierkonsum zu problematischem Substanzgebrauch aus einer theoretischen Perspektive als ein interaktiver Entwicklungsprozess skizziert.

2.2.1.2. Balance zwischen „konventioneller“ und „abweichender“ Lebenspraxis

Aus einer *interaktionistischen* Perspektive, wie sie zum Beispiel den Ausführungen von Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) zugrunde liegt, lassen sich der Übergang zu problematischem Konsum und die Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn als ein Zusammenspiel zwischen persönlichen und sozialen Ressourcen des Individuums einerseits und situativen Gegebenheiten der Umwelt sowie sozialen Konsequenzen anderseits erklären. Für die Entwicklung

³ Eine Übersicht zu typischen Risiko- und Schutzfaktoren für Substanzmissbrauch – unterschieden in solche makrokontextueller und struktureller Art und solche intra- und interpersonaler Art – inkl. deren Zuordnung zu einer gewichteten Auswahl von Zielgruppen findet sich bei Wicki et al. (Wicki et al., 1999).

unterschiedlicher Verläufe werden zwei Bedingungskomplexe als bedeutsam erachtet (Groenemeyer, 1990):

- Die biographischen Entwicklungsbedingungen, welche die persönlichen und sozialen Ressourcen umfassen, die einer Person zur Verfügung stehen, darunter auch individuelle Kompetenzen sowie biographische Erfahrungen und Belastungen aus der Zeit vor dem Drogenkonsum.
- Die unterschiedlichen Konsequenzen, die mit dem jeweiligen Gebrauchsmuster für weitere Bereiche der Lebenspraxis verbunden sind. Diese hängen unter anderem vom Ausmass des Konsums, dessen Kriminalisierung sowie der Integration in subkulturelle Kontexte ab und wirken ihrerseits auf die Entwicklung des Drogenverhaltens zurück.

Ausgehend von unterschiedlichen Bedingungen, können die Veränderungen des Drogengebrauchs und der Lebenspraxis verschiedene Richtungen einschlagen. Groenemeyer (Groenemeyer 1990, 107) beschreibt die prozesshafte Veränderung der individuellen Lebenspraxis als „Kontingenznetz von Entscheidungspunkten“: Die individuelle Entwicklung vollzieht sich – vielstufig – in der Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Umwelt entlang verschiedener Entscheidungs- oder Wendepunkte im Lebenslauf und bewegt sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Entscheidung näher hin zu einer „konventionellen“ oder aber zu einer „abweichenden“ Lebenspraxis. Der Beginn mit dem Gebrauch illegaler Drogen führt auch in diesem Modell nicht zwangsläufig zur Entwicklung eines verstärkten, problematischen Gebrauchs; nur ein Teil aller Drogenbenutzenden schlägt eine „auffällige“ Drogenlaufbahn ein, wobei die aus der Devianzforschung bekannten Prozesse der Entwicklung und Verfestigung abweichenden Verhaltens (Becker, 1981; Berger et al., 1980) als mit bedeutsam gelten. Daneben existierten jedoch auch unterschiedliche Formen der Vereinbarung des Gebrauchs illegaler Drogen mit einer „konventionellen“ Lebensführung (Groenemeyer, 1990; Platt, 1995a).

Der Gebrauch von Drogen wird aus dieser Sicht weniger als ein pathologisches Verhalten, sondern als ein subjektiv sinnvolles Handeln in einem bestimmten Lebenskontext verstanden. Als solches ist er mit persönlichen Zielen, Interessen oder Werten verbunden oder stellt den Versuch einer Problemlösung dar, auch wenn er aus einer Aussenperspektive, zum Beispiel familiär oder sozial gesehen, dysfunktional sein kann (Krausz & Degkwitz, 1996). Dieses individuell „sinnvolle“ Handeln steht zudem in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Umwelt und schafft in dieser Auseinandersetzung immer wieder Bedingungen für weitere Handlungen.

2.2.1.3. Phasen der Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn

Zur Beschreibung der prozesshaften Entwicklung *problematischen* Drogengebrauchs und der jeweiligen Konsequenzen für die soziale Identität der betroffenen Person wird von verschiedenen Autoren auf Phasenmodelle zurückgegriffen (siehe zum Beispiel Dobler-Mikola, 2000; Groenemeyer, 1990). Solchen Modellen gemäss kann der *Einstieg* in eine drogenbestimmte Laufbahn in unterschiedlichen individuellen Kontexten erfolgen, welche sich durch ein Ungleichgewicht zwischen persönlichen Interessen und Bedürfnissen (der persönlichen Autonomie), den vorhandenen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten sowie den herrschenden Anforderungen auszeichnen (Uchtenhagen & Zimmer Höfler, 1985; Dobler-Mikola, 2000). Die Ursachen derartiger Krisensituationen, in welchen Bedürfnisse, Anforderungen und Handlungsmöglichkeiten auseinander klaffen, können subjektiver als auch objektiver Art sein. Ungeachtet der konkreten Umstände führen sie zum Versuch, die als unzureichend erlebten Handlungsmöglichkeiten umzustrukturieren, wobei der „Griff nach Substanzen“ eine mögliche Reaktion darstelle (Dobler-Mikola, 2000). Problematischer Drogengebrauch biete sich aber nur dann als alternative Handlungsstrategie an, wenn gesellschaftlich anerkannte Strategien im Hinblick auf die Erfüllung der Interessen des Akteurs versagen. Mit entscheidend für die *Entwicklung* einer drogenbestimmten Laufbahn seien im übrigen „Lernprozesse“ des Drogengebrauchs, wie sie zum Beispiel von Becker (Becker, 1981) beschrieben worden waren. Wissen um die möglichen Vorteile und Gratifikationen drogenspezifischer Handlungsmuster werde dann in einer ersten Phase in die eigenen Denk- und Wahrnehmungsschemata integriert und gehe in einer nächsten Phase mit dem Aufbau einer neuen sozialen Identität einher (Dobler-Mikola, 2000).

Für die daran anschliessende Phase der „Habitualisierung“ der neuen Handlungsstrategien wird eine Verlagerung der persönlichen Interessen, des den Handlungen zugemessenen Sinnes, aber auch sozialer Aktivitäten und Bezüge konstatiert:

„Während soziale Felder, in welchen Drogen eine positive Bedeutung haben, Hauptarenen der sozialen Transaktionen werden, nehmen Aktivitäten innerhalb der konventionellen Felder ab. Entsprechend verändert sich das Netzwerk des Akteurs, indem aus der Perspektive des Drogengebrauchs wichtige neue Beziehungen aufgenommen werden, während frühere Beziehungen an Bedeutung verlieren.“ (Dobler-Mikola, 2000, 29).

Diese Entwicklung mündet, so Dobler-Mikola (Dobler-Mikola, 2000), in eine Einengung der Handlungsschemata und in eine Fokussierung der Interessen auf die Drogenbeschaffung. Da durch eine drogenzentrierte Handlungsorientierung nie alle individuellen und sozialen Bedürfnisse gedeckt werden könnten, bewegten sich die Betroffenen zwar immer (in unterschiedlichem Ausmass) zwi-

schen subkulturellen und konventionellen Lebensbereichen hin und her. Je stärker sich aber biologische, psychische und soziale Abhängigkeiten entwickeln, desto eingengter würden der Handlungs- und Bewegungsspielraum sowie das Interessenspektrum. Drogengebrauch und Drogenbeschaffung würden damit zur dominierenden Motivation des Handelns (Dobler-Mikola, 2000).

Für diesen Prozess der Entwicklung einer drogenbestimmten sozialen Identität werden soziale Reaktionen in Form von Zuweisungen und Sanktionen als bedeutsam betrachtet, auch wenn sie entgegen einem deterministischen Verständnis nicht allein ausschlaggebend seien, sondern im Zusammenspiel mit individuellen Ressourcen und Handlungsorientierungen: Indem eine bestimmte Handlung als abweichend definiert wird, wird dem handelnden Individuum ein entsprechender Status zugewiesen. Darauf kann eine offizielle Reaktion erfolgen, welche wiederum eine verstärkte Integration in die „abweichende“ Subkultur und in der Folge die Übernahme einer „abweichenden“ Selbstdefinition und Identität durch das Individuum begünstigt (Becker, 1981).

2.2.2. Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn

Ebenso wie die Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn als sozialer Prozess verstanden werden kann, welcher einen phasenhaften Verlauf aufweist, lässt sich der Ausstieg daraus als ein prozesshaftes Geschehen verstehen. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Beschreibung des Ausstiegs aus Formen des habitualisierten problematischen Gebrauchs von Drogen.

2.2.2.1. Vielfältige Ausstiegsverläufe, mehrere Anläufe

Trotz des empirischen Nachweises, dass der Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit möglich ist, fehlt bislang, so Sickinger (Sickinger, 1994), eine ausgearbeitete Ausstiegstheorie. Vielmehr existierten einzelne Theorieansätze, welche unterschiedliche Ausstiegsmuster thematisieren.

Langzeitstudien weisen darauf hin, dass es mindestens einem Drittel der ehemals Opiatabhängigen gelingt, sich von abhängigem Konsum zu lösen, während circa ein Drittel der Opiatabhängigen über Jahre hinweg abhängig bleibt; daneben existieren Formen sogenannt integrierter Konsums (Watermann, Degkwitz, Vertheim, & Krausz, 1996). Zahlreiche empirische Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Ausstieg, wo er gelingt, oftmals einen längeren Prozess darstellt, in welchem sich Phasen der Rehabilitation mit solchen des „Rückfalls“ in eine drogenbestimmte Lebensweise abwechseln (vgl. Körkel, 1999). Phasen des abhängigen Konsums, solche eines „integrierten“ Konsums und solche der Abstinenz können sich in diesem Prozess abwechseln, ebenso Phasen mit Behandlung und solche ohne professionelle Unterstützung. Es werden überdies

Ausstiegsverläufe ohne therapeutische Intervention berichtet (Thesen der „Selbst- oder Spontanheilung“ und des „Herauswachsens“; z. B. Blomqvist, 1996; Groenemeyer, 1990; Hser et al., 1997; Klingemann, 1991; Platt, 1995a).

Prochaska et al. (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) haben den prozesshaften Charakter des Herauswachsens aus der Abhängigkeit, sei es mit oder ohne professionelle Unterstützung, mit einem „Stages-of-change“-Modell zu erfassen versucht, welches in der heutigen Suchtforschung viel beachtet ist (vgl. dazu Körkel, 1999). Diesem Modell gemäss erfolgt eine Verhaltensänderung stufenweise, ausgehend von ersten Hinweisen (Stufe eins), dem Nachdenken und Abwägen (Stufe zwei) über die Entscheidung zur Veränderung (Stufe drei) hin zum entsprechenden Handeln (Stufe vier) und der Aufrechterhaltung und Umsetzung des neu initiierten Verhaltens im Alltag (Stufe fünf). Bei der Umsetzung kann es zu „Ausrutschen“ kommen, welche im ungünstigen Fall zum „Rückfall“ führen (Stufe sechs). Bis zum Gelingen des Ausstiegs müssen deshalb diese Stufen oft mehrmals durchlaufen werden. Auch wenn dieses Modell insbesondere in Bezug auf die Nikotinabhängigkeit untersucht wurde, wird die Übertragbarkeit seiner Grundannahmen auf andere Süchte angenommen. So gelte auch für die Heroinabhängigkeit, dass der Ausstieg in der Regel kein „Einmalgeschäft“ sei, sondern mehrerer Anläufe bedürfe und dementsprechend Rückfälle einen „normalen“ Bestandteil des Ausstiegs darstellten (Körkel, 1999).

2.2.2.2. Phasen der Ausstiegs aus einer drogenbestimmten Laufbahn

Der Ausstiegsprozess lässt sich, obwohl er sich empirisch in vielfältige Verlaufsformen ausdifferenziert, *idealtypisch* wiederum als phasenhaftes Geschehen nachzeichnen, wie dies bereits im Modell von Prochaska (Prochaska et al., 1992) zum Ausdruck kommt. Aus einer *interaktionistischen* Perspektive steht dabei die kontinuierliche Entwicklung von Orientierungen und Handlungsmotivationen mit dem Ziel der Integration in konventionelle Lebenskontexte im Zentrum (Biernacki, 1986; Blomqvist, 1996; Dobler-Mikola, 2000). Als für die erste Phase charakteristisch gilt die Entscheidung, den Drogengebrauch zu verändern. Dieser Entscheidung folgt eine zweite Phase mit Aktivitäten, die darauf abzielen, die Abhängigkeit zu durchbrechen. Drogenbestimmte Identitäten und Abhängigkeiten werden aufgegeben, was mit einer bewussten Distanzierung von subkulturellen Bezügen einhergeht. In der dritten Phase stehen Aktivitäten im Zentrum, welche die Abstinenz sichern sollen. Dies bedeutet zugleich den Aufbau sozialer Identitäten ausserhalb der Drogenszene. In der vierten Phase schliesslich geht es um die Erreichung und Absicherung einer konventionellen Lebenspraxis.

Auch wenn somit eine Entwicklung hin zu einer „konventionellen Lebenspraxis“ den Ausstiegsprozess charakterisiert, handelt es sich, wie Dobler-Mikola (Dobler-Mikola, 2000) betont, nicht einfach um eine Umkehrung des Einstiegs. Vielmehr stelle der Ausstieg selbst einen weiteren Laufbahnabschnitt dar, welcher durch neue Erfahrungen, Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten geformt werde, in den aber auch die Erfahrungen aus der Phase des „drogenbestimmten“ Lebens einfließen.

2.2.2.3. Motivlagen beim Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn

Vor dem Hintergrund des skizzierten phasenhaften Ausstiegsverlauf stellt sich zunächst die Frage, welche Momente die Entscheidung, den Drogengebrauch zu verändern – also den Wendepunkt innerhalb einer Drogenlaufbahn – charakterisieren.

Untersuchungen zu den *Gründen für die Aufgabe des Drogenkonsums* weisen auf eine breite Palette von Motiven hin (Sickinger, 1994). Sickinger (Sickinger, 1994) unterscheidet, basierend auf einer qualitativen Analyse von Ausstiegsgründen bei 59 ehemaligen Drogenabhängigen, welche 1992 befragt worden waren, vier zentrale Faktoren: a) Momente, die der Vermeidung negativer Konsequenzen dienen (zum Beispiel nicht mehr anschaffen gehen müssen); b) Momente, die den Wunsch nach sozialer und persönlicher Akzeptanz ausdrücken (zum Beispiel Wunsch nach einem ganz normalen Leben); c) Momente, die aus positiven Erfahrungen ohne Drogen resultieren; d) Schlüsselerlebnisse. Zusammengefasst ergibt dies zwei hauptsächliche „Motivbündel“, nämlich zum einen die Ablehnung des Lebens als Drogenabhängiger und die Vermeidung negativer Konsequenzen und zum andern die Verwirklichung von Lebenswünschen und –zielen.

In ähnlicher Weise nennt auch Bühringer (Bühringer, 1991) zwei Faktorenbündel, die für die Aufgabe des Drogenkonsums bedeutsam sind: einerseits die selbst wahrgenommenen negativen Folgen des Drogenkonsums, andererseits positive Erwartungen und Alternativen im Hinblick auf ein drogenfreies Leben (welche auch eine positive Selbsteinschätzung und den Glauben daran, dass ein drogenfreies Leben tatsächlich erreichbar ist, bezeugen).

Die Bedeutung „negativer“ Ausstiegsmomente auf der einen Seite und „positiver“ Ausstiegsmomente auf der anderen wird wie folgt differenziert:

- *Belastungen und negative Erfahrungen* im Drogenkontext sowie einschneidende Lebensereignisse sind als auslösende Momente dann von Bedeutung, wenn sie – aus einer ökonomischen Perspektive gesehen – die positiven Erfahrungen beim Gebrauch von Drogen und die mit dem subkulturellen

Lebensstil verbundenen Gratifikationen nicht mehr aufzuwiegen vermögen und in der Folge eine Umorientierung sozialer Identitäten veranlassen (Groenemeyer, 1990). Nicht zwingend initiieren krisenhafte Ereignisse jedoch einen Ausstiegsprozess: wenn Anknüpfungspunkte an konventionelle Lebensbereiche fehlen, können sie ebenso in Suizid münden (Dobler-Mikola, 2000; Groenemeyer, 1990). Negative Erfahrungen brauchen aber auch nicht in krisenhafter Form zugespitzt zu sein, vielmehr kann der „Problemdruck“ aus einer Anhäufung von banalen und dennoch belastenden Erfahrungen resultieren.

- Im Falle *positiver* Ausstiegsmotivationen können Problembelastungen gar gänzlich fehlen. Vielmehr kann die Identität als Drogenabhängiger aufgrund von positiven Erfahrungen in konventionellen Lebensbereichen und entsprechender Verstärkungen an Bedeutung verlieren (Groenemeyer, 1990).

Wie Waldorf & Biernacki (Waldorf & Biernacki, 1981) aufzeigen konnten, sind auch Ausstiegsverläufe beobachtbar, die weder auf ein krisenhaftes Lebensereignis noch auf eine bewusste Entscheidung zurückzuführen sind. Zur Erklärung solcher Verläufe wird insbesondere auf Prozesse des Älterwerdens und der Reifung verwiesen. Aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive wird die Beendigung problematischen Konsumverhaltens als Überwindung alterspezifischer Belastungen bzw. als Bewältigung von Entwicklungsaufgaben interpretiert (Groenemeyer, 1990).

2.2.2.4. Verlaufsbeeinflussende Momente

Ist der Ausstiegsprozess „initiiert“, hängt der weitere Verlauf, wie schon die *Entwicklung* einer drogenbestimmten Lebensführung, von zahlreichen Faktoren ab. Ressourcen und Defizite aus der Zeit vor der Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn, Konsequenzen aus dem drogenorientierten Lebensstil, während des Ausstiegs erworbene neue Ressourcen sowie soziale und kulturelle Faktoren können verlaufsbeeinflussend wirken (Groenemeyer, 1990). Der erfolgreiche Verlauf des Ausstiegsprozesses kann als interaktives Geschehen betrachtet werden, an dem einerseits persönliche und soziale Faktoren resp. Ressourcen und andererseits situative Gegebenheiten und soziale Reaktionen beteiligt sind:

„On the whole, it seems to be generally agreed that the successful termination of problematic alcohol or drug use results from some sort of interactive process, including environmental influences, attitudinal changes, and reorientation of behavior. The precise character of this interaction and the relative importance of external events and subjects' reactions to these events seem, however, to be questions open to some debate.“ (Blomqvist, 1996, 1815).

Persönliche und soziale Faktoren, die für das Gelingen des Ausstiegs als förderlich gelten, sind beispielsweise: die Existenz sozialer Beziehungen aus der Zeit vor Beginn der Drogenabhängigkeit, der Grad an beruflicher Qualifikation sowie

damaliger beruflicher Integration, die vor Beginn der Drogenabhängigkeit vorhandenen sozialen Kompetenzen (Biernacki, 1986); die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und die Klärung gestörter Kommunikationsmuster im sozialen Umfeld während des Ausstiegsprozesses (Kindermann, 1992); der Aufbau neuer sozialer Beziehungen und Freundschaften, neue berufliche Perspektiven, aber auch „geeignete Hilfen zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ (Sickinger, 1994, 51). Die gelingende Umsetzung neu gewonnener Fähigkeiten und das Erreichen neu gesteckter Ziele setzen aber ebenso bestimmte gesellschaftliche Rahmenbedingungen voraus, wie geeignete Wohnmöglichkeiten, Ausbildungs- und Arbeitsplätze oder Beratungsangebote (Kindermann, 1992; Krausz & Degkwitz, 1996).

Kindermann (Kindermann, 1992) und Sickinger (Sickinger, 1994) heben speziell die Bedeutung drogenfreier Phasen für einen gelingenden Ausstieg hervor. Prinzipiell sei ein Wechsel zwischen drogenfreien Phasen und solchen des Drogenkonsums charakteristisch für viele Ausstiegsverläufe, während eine klare Trennung gegenüber der Suchtvergangenheit eher selten sei. Die Bedeutung drogenfreier Intervalle sehen sie darin, dass diese positive Erfahrungen ermöglichen und somit neue Perspektiven zu begründen helfen. Zugleich böten sie die Chance, anstehende Entwicklungsaufgaben zu bearbeiten, was wiederum zurückwirke auf das Gelingen eines drogenunabhängigen Lebens.

Da in der vorliegenden Arbeit Rehabilitationsverläufe nach einer stationären Therapie im Zentrum stehen, interessieren deren Determinanten speziell. Es wird deshalb hier nicht detaillierter auf allgemeine verlaufsbeeinflussende Faktoren eingegangen, sondern auf den entsprechenden Abschnitt (2.3.3) verwiesen.

2.3. Bedeutung der stationären abstinenzorientierten Behandlung im Ausstiegsprozess

Das Behandlungsangebot für Drogenabhängige hat sich in der Schweiz seit Anfang der 70er insgesamt ausgeweitet (Klingemann, 1998; Uchtenhagen, 1992a; Uchtenhagen, 1992b). Neben der stationären Abstinenztherapie haben sich Angebote der Substitutionsbehandlung wie die (auch niederschwellige) Methadonabgabe, dann die Projekte zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE, neu: HeGeBe), sowie Überlebenshilfeprojekte zu bedeutenden Pfeilern im gesamten Behandlungsangebot entwickelt. Diese Entwicklung und Ausweitung des gesamten Behandlungsangebotes hat die Position der stationären Abstinenztherapie in der Schweiz nachhaltig verändert. Sie stellt nicht mehr den „Königsweg“ in der Behandlung Drogenabhängiger dar, sondern bildet – zusammen mit den Substitutionsbehandlungen – eine Komponente des

„Therapiepfiler“. Der Diversifizierung der Behandlungsangebote entspricht deren Ausrichtung auf je spezifische Zielgruppen und einer unterschiedlichen Gewichtung hinsichtlich der angestrebten Ziele.

In dieser Arbeit stehen Verläufe im Zentrum, in denen der Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn mit Hilfe einer stationären Abstinenztherapie gelingen soll. Ausstiegsversuche mittels Substitutionsbehandlungen stehen ebenso wenig im Vordergrund wie solche ohne professionelle Intervention. Im Folgenden wird deshalb näher auf die Bedeutung der stationären Behandlung als abstinenzorientierte Intervention für den Prozess des Ausstiegs aus einer drogenbestimmten Laufbahn eingegangen.

2.3.1. Die stationäre Therapie als abstinenzorientierte Intervention

Wird der Ausstiegsprozess, wie oben skizziert, aus einer interaktionistischen Perspektive heraus verstanden, stellt sich eine Behandlung als „Intervention“ dar, die in einen Entwicklungsprozess eingreift, welcher durch soziale Bedingungen geformt und von handelnden Personen getragen wird:

„Soziale Interventionen stellen (...) zunächst nicht mehr und nicht weniger als weitere soziale Bedingungen dar. Sie versuchen, in Auseinandersetzung mit der ‚Eigendynamik‘ des Entwicklungsprozesses und den dabei involvierten anderen sozialen Bedingungen und den handelnden Individuen, die Entwicklungsrichtung zu beeinflussen.“ (Groenemeyer, 1990, 99).

Eine Behandlung soll zur Reintegration in konventionelle Lebensbereiche beitragen, indem sie den Gratifikationen eines drogenorientierten Lebens und den diesbezüglichen individuellen Motivationen Alternativen entgegensetzen hilft (Groenemeyer, 1990). Damit kommt ihr eine vermittelnde Rolle zu: sie ist als vermittelnde Instanz innerhalb eines umfassenderen, lebensgeschichtlichen Prozesses zu verstehen, wobei sich ihre Effekte, die unterschiedliche Lebensbereiche tangieren, lebensgeschichtlich zu bewähren haben.⁴

Bohnert et al. (Bohnert, Groenemeyer, Raschke, & Schliehe, 1988) betonen gerade diese komplementäre Rolle einer stationären Therapie: Therapie könne zwar Anstöße für ein verändertes Problembewusstsein und eine veränderte Lebenspraxis geben, diese aber weder sozial noch ökonomisch herstellen. So hänge das Gelingen einer drogenabstinenten Lebensgestaltung nach der Therapie wesentlich davon ab, ob der Prozess der sozialen und beruflichen Rehabilitation gelinge. Hinsichtlich der nachtherapeutischen Lebensbewältigung, für die sowohl therapiespezifische als auch therapieunspezifische Einflussfaktoren

⁴ Hiermit sind spezifische Herausforderungen für eine valide Messung des Erfolgs einer Intervention verbunden (Blomqvist, 1996; Groenemeyer, 1990; Raschke, 1996; Westermeyer, 1989).

massgeblich seien, beschreiben die Autoren die Bedeutung der Therapie wie folgt:

„Therapie enthält ihren Stellenwert somit im grösseren Rahmen der nachtherapeutischen Lebenspraxis und Lebensgestaltung, in dem es für den Einzelnen nicht nur darum geht, den illegalen Drogenkonsum aufzugeben, sondern seine im Zuge der ‚Drogenkarriere‘ zerrütteten oder defizitären Lebensbereiche zu ordnen bzw. erst zu entwickeln. Dies gilt in besonderer Weise für die Lebensbereiche von Arbeit und Beruf sowie für alle Formen einer privaten und sozialen Einbindung in Lebensverhältnisse, die die Distanzierung von einem drogengeprägten Lebenskontext stützen.“ (Bohnert et al., 1988, 23).

Die stationäre Therapie als *abstinenzorientierte* Intervention zeichnet sich dabei – im Unterschied zum Substitutionsmodell – durch den Vorrang der Abstinenzerrreichung als Zielsetzung aus:

„Das herkömmliche Wirkungsmodell (= dasjenige der abstinenzorientierten Therapie; Anm. der Verf.) geht von einer primären Wichtigkeit der Abstinenzerrreichung aus. Nur so, wird argumentiert, kann eine soziale Rehabilitation eingeleitet und verwirklicht werden. Das Wirkungsmodell der Substitution betont an erster Stelle die Wichtigkeit der sozialen Rehabilitation. Eine Abstinenzerrreichung wird zwar nicht ausgeschlossen, aber zuerst einmal zurückgestellt.“ (Dobler-Mikola, 2000, 45).

Dieses Ziel der Abstinenzerrreichung wird von den stationären Suchttherapien trotz unterschiedlicher theoretischer Ansätze nicht in Frage gestellt, und zumindest teilweise wird durch die Intervention prioritär die Ermöglichung eines abstinenten Lebens nach dem Therapieaufenthalt angestrebt (Schaaf, 2000). Das vorrangige Ziel wird aber durchaus durch verschiedene Mittel zu erreichen versucht, in deren Wahl sich unterschiedliche Vorstellungen über den Charakter der Drogenabhängigkeit widerspiegeln (Groenemeyer, 1990).

Einige zentrale Prinzipien stationärer abstinenzorientierter Intervention lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Heilung durch Gemeinschaft: Die *Therapeutische Gemeinschaft*, welche als klassisches Modell stationärer Abstinenztherapien gilt, versteht Abhängigkeit als etwas, das *den ganzen Menschen betrifft*. Heilung als Ziel stellt dann einen Prozess des Lernens und der Herbeiführung von langfristigen und umfassenden Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln des Individuums dar. Dazu gehört der Aufbau einer neuen sozialen Identität ebenso wie das Erreichen eines abstinenten Lebensstils in einem meist stufenweise organisierten Vorgehen. Als zentrales Agens dieser Veränderungen gilt die „Gemeinschaft“, welche gleichsam die Methode darstellt (De Leon, 1994; De Leon, 1997):

„...in a TC all activities are designed to produce therapeutic and educational change in the individual participants, and all participants are mediators of these therapeutic and educational changes.“ (De Leon, 1997, 5).

Die zentrale Bedeutung der „Gemeinschaft“ zeichnet auch Formen modifizierter Therapeutischer Gemeinschaften aus, welche spezifischen Bedürfnissen einzelner Klientengruppen besser zu entsprechen versuchen (De Leon, 1997).

Nachreifung: Wird der Gebrauch illegaler Drogen hauptsächlich als *Symptom für eine Persönlichkeitsstörung* verstanden, soll Abstinenz über den Weg der individuellen Nachreifung erreicht werden. Im Zentrum steht die erfolgreiche Aufarbeitung von Sozialisationsdefiziten mit dem Ziel, adäquate Problembewältigungsstrategien zu entwickeln, welche ein Leben ohne Drogen ermöglichen. Dazu gehören auch befriedigende Sozialbeziehungen und die berufliche Integration, welche beide wiederum als für die Vermeidung von Rückfällen bedeutsam erachtet werden. Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) unterscheidet im Hinblick auf diese Zielsetzungen verschiedene Interventionsstrategien, die in der stationären Therapie wirksam werden: a) Stationäre Psychotherapie, mit dem Ziel der Verarbeitung biographischer Erfahrungen und der Nachreifung; b) Organisierung und Strukturierung des Alltags, mit dem Ziel, die individuellen Handlungskompetenzen und damit auch die Chancen für die Integration in konventionelle Lebensbereiche zu verbessern; c) sozialarbeiterische Interventionen, mit dem Ziel, optimale integrationsfördernde Startbedingungen für die Zeit nach der stationären Behandlung zu schaffen. Die Bedeutung eines *stationären* Aufenthaltes liege zudem darin, Distanz zur drogengebrauchenden Subkultur und zu problematischen sozialen Kontexten (zum Beispiel im Rahmen der Herkunftsfamilie) zu ermöglichen sowie eine neue soziale Integration zu fördern.

Aufbau von Ressourcen: Die Betrachtung des Drogengebrauchs und der damit verbundenen Prozesse aus einer *ressourcenorientierten Perspektive* betont das Zusammenspiel verschiedener Ressourcen (verstanden als Hilfsquellen oder Hilfsmittel): Zwischen dem Individuum und der Umwelt besteht aus dieser Sicht ein System von Transaktionen, welche sowohl Ressourcen aufbauen, sichern, als auch abbauen resp. beanspruchen können. Drogengebrauch kann als „ressourcenabbauende Verlustspirale“ verstanden werden (Wettach, 1998, 34), während der Beitrag der stationären Drogenbehandlung in der Förderung, Stärkung und Stabilisierung von Handlungs- und Umweltressourcen liegt. Sie soll dazu beitragen, die Verlustspirale gleichsam in eine Gewinnspirale umzukehren:

„Wenn es durch eine Intervention wie die stationäre Langzeittherapie gelingt, den Ressourcenabbau zu stoppen, neue Ressourcen zu bilden, diese zu stabilisieren und gar einen Prozess von ressourcenaufbauenden Transaktionen in Bewegung zu setzen, so ist für den einzelnen Menschen ein wichtiger Schritt in Richtung Drogenfreiheit, Legalität und Lebensqualität erreicht.“ (Wettach, 1998, 38).

Therapie statt Strafe: Die stationäre Abstinenztherapie hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten vermehrt damit auseinander setzen müssen, dass ein bedeutender Teil der Klientele im Rahmen spezifischer Zugangsbedingungen eine Behandlung begonnen hat: Die Möglichkeit „justizieller Zuweisung“, insbesondere in Form einer strafrechtlichen Massnahme, bildet ein Charakteristikum sta-

tionärer Abstinenztherapien, welches es auch in der Evaluationsforschung zu berücksichtigen gelte (Bühringer, 1991).⁵

Der Frage, inwiefern und unter welchen Bedingungen die stationäre Therapie als abstinenzorientierte Intervention zur Erreichung ihrer Zielsetzungen beiträgt und somit „Erfolg“ hat, wird nun in den folgenden Abschnitten nachgegangen.

2.3.2. Rehabilitationsverläufe nach einer stationären abstinenzorientierten Therapie

2.3.2.1. Vorbemerkungen

Die Frage nach der Wirksamkeit einer stationären Therapie wird in empirischen Studien meist als Frage nach dem *Therapieerfolg* gestellt. Erfolg wird dabei mit dem Begriff der *Rehabilitation* gleichgesetzt, welcher die „Wiedereingliederung im Sinne einer Wiederherstellung allgemeiner und spezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten“ meint (Dorsch et al., 1987, 561). *Rehabilitationsstatus* als weiterer zentraler Begriff entspricht dann „dem Zustand der Eingliederung bzw. *Wiedereingliederung* in die Gesellschaft und der Herstellung und der *Wiederherstellung* von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die während der Drogenkarriere verloren gegangen sind.“ (Dobler-Mikola et al., 1998, 13f).

Da Verbesserungen resp. Erfolg zielgebunden sind und verschiedene Lebensbereiche betreffen, stellt Rehabilitation keine eindimensionale Grösse dar; vielmehr sind verschiedene Dimensionen von Rehabilitation unterscheidbar, so in Anlehnung an Dobler-Mikola et al. (1998) *externe Anpassungsleistungen* (z.B. Drogenfreiheit, strukturelle und soziale Integration, fehlendes kriminelles Verhalten, keine erneuten Behandlungen wegen Drogenproblemen), *intrapsychischen Veränderungen* (z.B. des Selbstwertgefühls, der Problembewältigungsfähigkeiten) und *Dimensionen des körperlichen Befindens* (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigung). Als eine wichtige Outcome-Dimension, die es vermehrt zu berücksichtigen gelte, wird andernorts die *subjektive Lebenszufriedenheit* erwähnt (Schlömer, 1986; Zemlin et al., 1999).

⁵ Angesichts der unterschiedlichen Formen justizieller Zuweisung – die mit mehr oder weniger „Zwang“ einhergehen, besteht allerdings der Bedarf nach einer differenzierten Betrachtung. So beinhalten massnahmenbedingte Eintritte gegenüber Eintritten infolge einer fürsorglichen Freiheitsentziehung ein grösseres Ausmass an Freiwilligkeit, indem sie die Wahl zwischen Therapie und Strafe bieten. Die Frage nach der Übereinstimmung der individuellen Ziele und Motivationen mit den Behandlungszielen der Institution, welche in Bezug auf justiziell Zugewiesene hervorgehoben wird (Battjes, Onken, & Delany, 1999; Raschke, 1996), wäre ausserdem auch für „freiwillig“ Eintretene genauer zu untersuchen.

In der Regel werden vermindertes Suchtverhalten, verbesserte Erwerbsfähigkeit, verminderte Delinquenz und Distanzierung vom Suchtmilieu mit dem Aufbau neuer sozialer Beziehungen als Bewertungskriterien für den Behandlungserfolg untersucht, wobei die Befunde bei Behandlungsbeginn mit denen bei der Nachuntersuchung verglichen werden (Uchtenhagen, 2000). Daneben gibt es aber auch zahlreiche empirische Studien, die sich der Untersuchung spezifischer Aspekte widmen.

Auch in der vorliegenden Untersuchung bilden Rehabilitationsdimensionen, die den „externen Anpassungsleistungen“ zuzuordnen sind, den Gegenstand der empirischen Analyse. Einige wichtige „Erfolgsdimensionen“ (Drogenfreiheit, Erwerbsfähigkeit, Verminderung von Delinquenz und soziale Beziehungen) werden daher nachfolgend anhand empirischer Befunde eingeführt. Dabei finden vor allem Untersuchungen zur stationären Behandlung von Opiat- oder Mehrfachabhängigen Berücksichtigung, darunter auch solche, die sich auf den Vergleich von verschiedenen Einrichtungen oder Behandlungsprogrammen hinsichtlich des Outcomes konzentrieren.

Evaluationsstudien unterscheiden sich oft stark in Hinsicht auf die Stichprobenauswahl, den Zeitpunkt der Nachuntersuchung, die Operationalisierung der untersuchten Merkmale etc. (Dobler-Mikola et al., 1998; Uchtenhagen, 2000). Ihre Ergebnisse sind deshalb nur bedingt vergleichbar. Neben dieser Einschränkung ist im Folgenden auch zu bedenken, dass die stationären abstinenzorientierte Behandlungen nur einen Bruchteil aller Heroinabhängigen zu gewinnen vermögen (Uchtenhagen, 2000) und sich daher die Ausführungen auf empirische Ergebnisse stützen, die an der Teilgruppe derjenigen Drogengebrauchenden gewonnen wurden, welche sich in stationäre Behandlung begeben haben. Ausserdem zeigen Verlaufsuntersuchungen bei behandelten Drogenabhängigen, dass oftmals Zyklen von Behandlungsphasen, Phasen der Abstinenz und schliesslich des Wiederkonsums oder Rückfalls zu beobachten sind (Hser et al., 1997). Aus einer klientenbezogenen Perspektive entspricht dem eine Abfolge verschiedener Interventionen resp. Behandlungserfahrungen, die je wieder auf den lebensgeschichtlichen Prozess zurückwirken. Die Evaluationsforschung konzentriert sich in der Regel aber auf eine bestimmte Institution oder Interventionsform, auch wenn damit weder das gesamte Hilfesystem in Betracht gezogen noch langfristige Effekte sequentieller Interventionen erfasst werden können (Hser et al., 1997; Raschke, 1996).⁶

⁶ Gerade aus dem letztgenannten Punkt wird zunehmend die Forderung abgeleitet, partielle Erkenntnisse und an einzelne Interventionsformen gebundene Ergebnisse zu einem integralen Wirkungskonzept zusammenzufügen (Raschke, 1996). Neuere empirische Untersuchungen, welche ihren Evaluationsfokus vermehrt auf das ganze Spektrum von Behandlungsmodalitäten richten (zum Beispiel Dobler-Mikola, 1998; Gossop et al., 1997; Simpson,

Unter der Voraussetzung dieser Einschränkungen wird nun zunächst auf das *Spektrum* von nachtherapeutischen Rehabilitationsverläufen, dann auf einzelne *Dimensionen* von Rehabilitation näher eingegangen.

2.3.2.2. Spektrum nachtherapeutischer Rehabilitationsverläufe

Die Rehabilitation nach einer stationären Behandlung weist ein Spektrum an unterschiedlichen Verläufen auf, sowohl was die zeitliche Struktur als auch die Erreichung der Therapieziele anbelangt (vgl. Bohnert et al., 1988).

Bohnert et al. (Bohnert et al., 1988) haben, basierend auf einer vertieften qualitativen Analyse von Rehabilitationsverläufen bei ehemaligen Absolventen einer stationären Behandlung, ein solches *Spektrum nachtherapeutischer Biographieverläufe* herausgearbeitet. Ausgehend von in grosser Variationsbreite vorliegenden empirischen Verläufen, unterscheiden sie vier typische Problemkonfigurationen des Rehabilitationsprozesses (Seite 51f):

1. Die *Erfolgsabsolventen* stehen für einen nachtherapeutischen Verlauf, bei dem die Ablösung von der Drogenabhängigkeit nahezu unmittelbar nach Therapieabschluss gelingt und auch die soziale und berufliche Entwicklung erfolgreich verläuft.
2. Die *integrierten Drogennutzer* haben zwar nachtherapeutisch den Drogenkonsum wieder aufgenommen, zeichnen sich aber durch unterschiedliche Formen des kontrollierten Drogenkonsums aus, die sich mit Formen der sozialen und beruflichen Integration vereinbaren lassen.
3. Die *perspektivlosen Weitermacher* sind meist langjährig abhängige Drogenkonsumierende, deren nachtherapeutische Lebensgeschichte sich zwischen Drogenkonsum, Therapie, Inhaftierung etc. abspielt, ohne dass sich ihre Lebenssituation positiv verändert.
4. Die „*Selbsteiler*“ oder *Herauswachser* zeichnen sich aus durch einen therapieunabhängigen Prozess der Ablösung aus der Drogenabhängigkeit. Die Aufgabe des Konsums folgt auf eine meist längere, sozial wie beruflich erfolgreich verlaufende Entwicklung.

1998), mögen in diese Richtung gehen: Sie stellen den Vergleich unterschiedlicher Behandlungsangebote ins Zentrum, ohne voreilige Wirksamkeitsvergleiche anzustreben. Ein umfassenderes Verständnis der Rolle und Reichweite therapeutischer Interventionen im lebensgeschichtlichen Prozess des Ausstiegs aus der Drogenabhängigkeit verspricht man sich aber insbesondere von einer auf die Evaluation von Klientenbiographien ausgerichteten, aus der Perspektive der „natural history“ heraus möglichst langfristig angelegten Evaluationsforschung (Hser et al., 1997; Raschke, 1996).

Diese Verlaufsmuster der nachtherapeutischen Phase werden von den Autoren nicht deterministisch verstanden, sondern als heuristische Hilfsmittel, um die Dynamik und die Stadien der posttherapeutischen Entwicklung abzubilden.

Dass sich auch *empirisch* Gruppen von in unterschiedlichem Ausmass Rehabilitierten ausmachen lassen, sei hier am Beispiel von Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) gezeigt. In der Nachbefragungsstudie bei 275 ehemaligen Klienten stationärer Langzeittherapien konnten ein Jahr nach Austritt vier Gruppen mit unterschiedlichem Rehabilitationsstatus unterschieden werden. Von den befragten Personen galten 19% als mit sehr gutem Erfolg rehabilitiert. Diese Personen waren arbeitsmässig gut integriert, konsumierten keine harten Drogen mehr und hatten im Nachbefragungszeitraum keine weiteren Kontakte mit dem Justizsystem gehabt. 18% der Befragten wiesen zwar im Katamnesezeitraum keinen erneuten Drogenkonsum auf, konnten sich aber nicht in den Arbeitsbereich integrieren und/oder hatten Kontakte mit der Justiz. Eine weitere Gruppe (39% der Befragten) konsumierte weiterhin illegale Drogen, konnte sich aber arbeitsmässig integrieren und wies keine weiteren Justizkontakte auf. 24% der Befragten schliesslich wiesen einen durchgehenden Misserfolg auf, indem sie weiterhin Drogen konsumierten, kriminelles Verhalten zeigten und sich arbeitsmässig nicht integrieren konnten.

Betrachtet man nun ausgewählte Dimensionen von Rehabilitation separat, zeigt sich auch innerhalb der einzelnen Dimensionen jeweils ein Spektrum von unterschiedlichen Rehabilitationserfolgen. Es ist angesichts solcher Befunde zu einzelnen Dimensionen jedoch nicht zu vergessen, dass sich die nachtherapeutische Entwicklung in einzelnen Lebensbereichen nicht unabhängig von derjenigen in anderen Bereichen vollzieht.

2.3.2.3. Drogenfreiheit

Drogenfreiheit nach Austritt gilt als eines der wichtigsten Kriterien zur Beurteilung des Rehabilitationserfolgs und wird entsprechend häufig entweder allein oder in Kombination mit weiteren Erfolgskriterien untersucht. Gerade in Bezug auf diese Dimension sind jedoch in empirischen Untersuchungen grosse Unterschiede in der Operationalisierung festzustellen, was die Auswahl der berücksichtigten Substanzen, die Konsumfrequenz, den erfassten Zeitraum sowie den Zeitpunkt der Nachuntersuchung anbelangt (Dobler-Mikola et al., 1998).

Aus der Schweiz liegt mit der Untersuchung von Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) eine neuere Ein-Jahres-Katamnese bei ehemaligen Klienten aus (neun) stationären Therapieeinrichtungen vor. Von den für diese Untersuchung relevanten Austritten zwischen 1991 und 1993 konnten 275 ehemaligen Klienten (66% der relevanten Austritte) nachbefragt werden. Davon berichteten 37%, im Katamnesejahr keine harten Drogen (Opiate, Kokain) konsumiert zu

haben. 35% der Befragten hatten gelegentlichen und 28% täglichen Konsum von harten Drogen berichtet.

Eine ältere Untersuchung ebenfalls aus der Schweiz, welche Heroinabhängige mit ihren „normalen“ Altersgenossen verglich, ermittelte einen ähnlichen Anteil rückfallfreier Personen in einem zweijährigen Katamnesezeitraum (Uchtenhagen & Zimmer Höfler, 1985). Uchtenhagen & Zimmer Höfler hatten 248 Opiatabhängige, welche sich zum Zeitpunkt der Erstbefragung in einer Therapeutischen Gemeinschaft, in Gefängnissen oder in einer ambulanten Methadonbehandlung befanden, mit einer repräsentativen Stichprobe der jungen Schweizer Bevölkerung verglichen. Von den 192 nachbefragten Opiatabhängigen hatten 35% angegeben, im Katamnesezeitraum völlig rückfallsfrei gewesen zu sein, während 65% erneut (in unterschiedlichem Ausmass) illegale Opiate konsumiert hatten und 19% dies auch zum Zeitpunkt der Befragung taten.

Aus Deutschland liegen mehrere, wenngleich zum Teil schon etwas ältere Studien mit längeren Katamnesezeiträumen vor, in welchen Drogenfreiheit bzw. Rückfälligkeit als ein wesentliches Erfolgskriterium untersucht wurde.

Sickinger & Kindermann (Sickinger & Kindermann, 1992a) berichten nach Abschluss einer prospektiven Längsschnittuntersuchung an 324 Drogenabhängigen, von denen gut vier Fünftel (263 Personen) über vier Jahre hinweg verfolgt werden konnten, dass 27% der Befragten vier Jahre nach der Erstbefragung drogenfrei waren und ausserhalb von Institutionen lebten. Weitere 10% der Befragten wiesen noch problematischen Drogengebrauch auf, ohne jedoch Opiate zu konsumieren und abhängig zu sein, sodass insgesamt mehr als ein Drittel vier Jahre nach der Erstbefragung keine Opiate mehr konsumierte. Herbst (Herbst, 1992), welcher 216 ehemalige Klienten und Klientinnen stationärer Langzeittherapien ebenfalls über vier Jahre hinweg verfolgte, berichtet über 22% „Drogenfreie“ (während des gesamten Zeitraums), wogegen 78% in dieser Zeit rückfällig gewesen waren (vgl. Körkel, 1999). Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) gibt aufgrund einer Verlaufsuntersuchung an 134 ehemaligen Klienten, die zwischen 1970 und 1982 eine stationäre Behandlung absolviert hatten und ein bis dreizehn Jahre nach dem Austritt nachuntersucht wurden, ein differenziertes Bild unterschiedlicher Verlaufstypen des Drogenverhaltens. 22% der ehemaligen Patienten verzeichneten bis zum Befragungszeitpunkt keine Rückfallphase und werden als „stabil erfolgreich“ charakterisiert. 46% wiesen einen wechselhaften Verlauf auf (Rückfallphasen und Abstinenzphasen) und 33% verzeichneten als „stabil Erfolglose“ nur Rückfallphasen.

Wie Watermann et al. (Watermann et al., 1996) zusammenfassen, weisen insbesondere Studien mit längerer Katamnesedauer darauf hin, dass mindestens ein Drittel der ehemals Opiatabhängigen den Ausstieg aus dem abhängigen Konsum schafft, während circa ein Drittel über die Jahre hinweg abhängig bleibt. Dazwischen seien zahlreiche Zwischenformen mehr oder weniger „integrierten“

Konsums möglich (vgl. dazu Groenemeyer, 1990; Körkel, 1999; Sickinger & Kindermann, 1992a; Watermann et al., 1996). Körkel (Körkel, 1999) hält fest, dass die Rückfallquote mit längerem Nachbefragungszeitraum tendenziell höher ausfällt.

Aus dem englischsprachigen Raum liegen erste Ergebnisse aus sehr umfangreichen Vergleichsstudien vor (Gossop et al., 1997; Simpson et al., 1997b), in welchen behandelte Drogenkonsumenten aus unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten hinsichtlich ihrer Eintrittsbefunde sowie des Outcomes miteinander verglichen werden.

Gossop et al. (Gossop, 1998; Gossop et al., 1997) haben in Grossbritannien im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen Outcome-Studie, der National Treatment Outcome Research Study (NTORS), behandelte Drogenkonsumenten mit problematischem (Opiat)Konsum aus den Bereichen stationäre abstinentenorientierte Rehabilitation, andersweitige stationäre Drogenbehandlung (die für Grossbritannien spezifischen „inpatient drug dependence units“) sowie aus Methadonprogrammen (Substitution sowie Methadonabbau) untersucht. Insgesamt 1075 Personen, die 1995 in eine der 54 beteiligten Einrichtungen eingetreten waren, wurden bei Eintritt sowie sechs Monate später mittels standardisierter Instrumente befragt; Follow-Ups nach zwei bis drei und vier bis fünf Jahren sind vorgesehen. Erste Ergebnisse zum Follow-Up sechs Monate nach Behandlungsbeginn zeigten bei allen vier untersuchten Klientengruppen deutliche Verbesserungen bezüglich des Drogenkonsums (vor allem Heroin, nicht verschriebenes Methadon und Kokain). Bei der Klientele stationärer Rehabilitationseinrichtungen (n=286), von der 76% (218 Personen) der Gesamtstichprobe sechs Monate nach Behandlungsbeginn erstmals nachbefragt werden konnten, hat sich der Anteil von Personen mit Heroinkonsum (mind. einmal wöchentlich) von 60% bei Eintritt auf 23% sechs Monate später verringert. Auch bezüglich weiterer Substanzen hat der Anteil der Konsumierenden in dieser Gruppe signifikant abgenommen: von 33% auf 11% bei Kokain, von 22% auf 7% bei Crack und von 20% auf 7% bei Amphetaminen (Gossop et al., 1997).

Auch im Rahmen der aktuellsten amerikanischen Vergleichsstudie bei Klienten unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten (Methadonsubstitution, stationäre Kurz- sowie Langzeittherapie, ambulante Behandlung) konnten im Ein-Jahres-Follow-Up bei allen untersuchten Klientengruppen deutliche Verbesserungen hinsichtlich Drogenkonsum und weiterer Outcome-Masse (u.a. Legalstatus und Beschäftigung) beobachtet werden, wobei der Therapiemodalität, die mit dem Alter bei Beginn des Drogengebrauchs zusammenhing, ein signifikanter Einfluss zukam (Simpson, Joe, & Brown, 1997b). Die Drug Abuse Treatment Outcome Study DATOS (Simpson et al., 1997a; Simpson et al., 1997b) erfasste insgesamt rund 10'010 Personen, die zwischen 1991 und 1993 in eines der 97 beteiligten Behandlungsprogramme eingetreten waren. Die ersten Befunde zur nachbe-

fragten Klientele stationärer Langzeiteinrichtungen beziehen sich auf 342 Personen (33% der Gesamtstichprobe), wovon 144 mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 90 Tagen und 198 mit einer solchen von mehr als 90 Tagen. In dieser Stichprobe war der Anteil der täglich Kokainkonsumierenden gegenüber dem Eintritt deutlich gesunken von 39% auf 11%. Und nur 39% gegenüber 82% der wegen Kokainkonsums Behandelten gaben im Ein-Jahres-Follow-Up überhaupt noch Kokainkonsum an. Auch unter den Heroinkonsumierenden, die in der Stichprobe marginal vertreten waren, hatte sich der Anteil der täglich Konsumierenden deutlich verringert von 10% beim Eintritt auf 2% im Follow-Up. Bei der Klientele der stationären Abstinenzbehandlungen trat insgesamt eine stärkere Reduktion des Heroin- und Kokainkonsums ein als bei derjenigen der Methadonbehandlungen. In allen untersuchten Outcome-Dimensionen konnte zudem für die Klientele stationärer Therapien ein positiver Effekt einer längeren Behandlungsdauer (mehr als 90 Tage) festgestellt werden.

Die Befunde insbesondere aus dem amerikanischen Raum sind mit solchen aus dem deutschsprachigen Raum zwar nicht direkt vergleichbar; sie weisen aber dennoch in die gleiche Richtung, indem sie bei einem beträchtlichen Teil der Klienten stationärer Behandlungsprogramme Verbesserungen hinsichtlich des Konsums harter illegaler Drogen nachweisen.

2.3.2.4. Erwerbstätigkeit

Ein weiteres wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Rehabilitation stellt die Erwerbstätigkeit resp. der Beschäftigungsstatus (Arbeitsanstellung) im Katamnesezeitraum dar. Der Beschäftigung kommt insofern eine besondere Rolle zu, als sie nicht nur wünschbarer Effekt einer Behandlung und Indikator für deren Erfolg, sondern zugleich ein wesentliches Element der Behandlung selbst ist. Ihre Bedeutung für die Rehabilitation liegt unter anderem darin, dass sie als legale Einkommensquelle fungiert, das Selbstwertgefühl fördert und den Rückzug von kriminellen Aktivitäten begünstigt (Platt, 1995c). Auch in Bezug auf Erwerbstätigkeit als Erfolgsdimension erschweren jedoch unterschiedliche Definitionen die Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen.

Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) haben in ihrer bereits erwähnten Ein-Jahres-Katamnese bei 275 ehemaligen Klienten aus stationären Therapieeinrichtungen die Arbeitssituation nach Austritt aus der Therapie als ein zentrales Integrationsmerkmal untersucht. Sie konnten einen Anteil von 57% „gut Integrierte“ ermitteln: diese Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Nachbefragung ein Jahr nach Austritt in einer Anstellung oder in Ausbildung und waren im Katamnesejahr mindestens sechs Monate beschäftigt gewesen. Nur 23% der Befragten waren „desintegriert“, d.h. befanden sich zum Zeitpunkt der Nachbe-

fragung weder in einer Arbeitsanstellung noch in Ausbildung und waren auch im Katamnesejahr höchstens drei Monate in einem Anstellungsverhältnis gewesen.

Bei Herbst (Herbst, 1992) waren 49% der Befragten drei bis fünf Jahre nach Austritt aus der stationären Therapie durchgängig in Anstellung oder Ausbildung gewesen. In der Katamnese von Raschke & Rometsch (Raschke & Rometsch, 1987) waren 33% der Befragten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (ein bis dreizehn Jahre nach dem Therapieaustritt) ohne Anstellung.

Wie Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) feststellte, variiert der Anteil beruflich integrierter ehemaliger Patienten in Abhängigkeit vom Verlaufstyp des Drogenverhaltens nach der stationären Behandlung. An einer Stichprobe von 134 ehemaligen Klienten, die zwischen 1970 und 1982 eine stationäre Behandlung absolviert hatten, standen in der Nachuntersuchung ein bis dreizehn Jahre nach dem Austritt 34% der Befragten in einem formalen Arbeitsverhältnis, und 30% der Befragten hatten ihre berufliche Ausbildung im Zeitraum seit dem Austritt verbessern können. Es hatten sich jene Personen beruflich am besten integrieren können, die in Bezug auf das Drogenverhalten nach der Therapie „stabil erfolgreich“ waren, gefolgt von den „stabil erfolglosen“ ehemaligen Klienten. Personen mit einem wechselhaften Verlauf des Drogenverhaltens gelang die berufliche Integration am wenigsten.

2.3.2.5. Verminderung von Delinquenz

Die Verminderung von Delinquenz, eine weitere oft untersuchte Erfolgsdimension, wird zumeist durch die Frage nach neuen Verhaftungen oder Verurteilungen im Katamnesezeitraum operationalisiert. Als Indikator für eine erfolgreiche Rehabilitation gilt dabei das Ausbleiben erneuter Kontakte mit der Polizei oder dem Justizsystem.

Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) haben den Legalstatus in ihrer Ein-Jahres-Katamnese aufgrund von Angaben zu gerichtlichen Verurteilungen, Gefängnisaufenthalten und strafrechtlich angeordneten Massnahmen während des Katamnesejahres gebildet. 48% der nachbefragten Personen (n=275) wiesen im Jahr nach dem Austritt keine solchen Justizkontakte auf. 16% hatten eine Massnahme während des Katamnesejahres und/oder ein hängiges Verfahren zum Zeitpunkt der Nachbefragung, die restlichen 36% haben im Jahr nach dem Austritt mindestens einen Gefängnisaufenthalt und/oder eine gerichtliche Verurteilung erlebt.

Herbst (Herbst, 1992) hat kriminelles Verhalten über das Vorhandensein von Verurteilungen während des Katamnesezeitraumes operationalisiert. Unter Berücksichtigung von Verurteilungen wegen neuer Straftaten wiesen 38% der Befragten in den drei bis fünf Jahren nach dem Austritt mindestens eine Verurteilung auf. Auch Raschke & Schliehe (Raschke & Schliehe, 1985) definierten in

ihrer Untersuchung an 134 ehemaligen Klienten stationärer Therapien kriminelles Verhalten über das Vorhandensein von Verurteilungen, und ermittelten gut ein Drittel Befragter mit mindestens einer Verurteilung im Katamnesezeitraum. In der bereits erwähnten Katamnese von Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) bei 134 ehemaligen Klienten ein bis dreizehn Jahre nach dem Austritt aus einer stationären Behandlung, welche im Rahmen der gleichen Studie anzusiedeln ist, auf die sich auf Raschke & Schliehe (Raschke & Schliehe, 1985) beziehen, zeigte sich überdies, dass Haftaufenthalte im Nachbefragungszeitraum bei den rückfälligen Personen häufiger vorkamen als bei den Abstinenten.

2.3.2.6. Soziale Beziehungen

Der Aufbau von tragfähigen sozialen Beziehungen und eine wachsende Distanz zum Drogenmilieu werden für das Gelingen eines drogenfreien Lebens ebenfalls als bedeutsam erachtet (Krausz & Degkwitz, 1996; Raschke, 1996; Watermann et al., 1996), womit sie ein weiteres Bewertungskriterium für den Rehabilitationserfolg darstellen. Untersucht wird dieses Merkmal in empirischen Studien wiederum sehr unterschiedlich, zum Beispiel anhand der Beziehung zu den Eltern, der Kontakte zu drogenkonsumierenden und nicht drogenkonsumierenden Freunden oder anhand einer tragfähigen Partnerschaft.

Die Bedeutung dieser Dimension wird dadurch unterstrichen, dass sich gemäss der bereits erwähnten Untersuchung von Uchtenhagen & Zimmer Höfler (Uchtenhagen & Zimmer Höfler, 1985) heroinabhängige Jugendliche und ihre „normalen“ Altergenossen hinsichtlich ihrer sozialen Beziehungen deutlich voneinander unterscheiden. Die Opiatabhängigen wiesen in der Zwei-Jahres-Katamnese eine deutlich belastetere familiäre Situation auf als die Kontrollgruppe. Nur 40% der Abhängigen (gegenüber 70% der Kontrollgruppe) gaben an, die aktuellen Partnerschaftsverhältnisse ihrer Eltern seien gut. 40% der Opiatabhängigen (gegenüber 10% ihrer „normalen“ Altersgenossen) beurteilten diese hingegen als schlecht bis sehr schlecht. Auch in Bezug auf Freundesbeziehungen und eigene Partnerschaft ergab sich eine benachteiligte Situation der Drogenabhängigen im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) berücksichtigen bei der Operationalisierung sozialer Beziehungen den Kontakt zur Herkunftsfamilie inkl. dessen Qualität, das Vorhandensein einer Partnerbeziehung und den Freundeskreis. Von den nachbefragten Personen verfügte rund ein Drittel über ein gutes soziales Netz (Partnerschaft, einige Freunde, Möglichkeit mit Familienmitgliedern Probleme zu besprechen), weitere 45% hatten ein mittelmässiges soziales Netz (zwei der drei Kriterien erfüllt). Gut der Hälfte der Befragten war es überdies gelungen, sich von der „Szene“ zu distanzieren.

Groenemeyer (Groenemeyer, 1990) hat im Rahmen der bereits erwähnten Studie bei 134 Personen, welche ein bis dreizehn Jahre nach dem Therapieaustritt nachbefragt worden waren, ebenfalls unterschiedliche Indikatoren der sozialen Integration während des Nachbefragungszeitraums – Freundeskreis, enge Vertrauensbeziehungen, „Nähe“ zur Drogenszene – untersucht. Dabei zeigte sich, dass der Freundeskreis für 39% der Nachbefragten ausschliesslich aus Nichtkonsumenten bestand, während 31% einen „gemischten“ Freundeskreis hatten und nur 3% einzig mit Drogenkonsumenten verkehrten (für die übrigen 27% war der Freundeskreis nicht wichtig). Regelmässige Besuche der Drogenszene gaben 32% der Befragten an, während 68% zum Zeitpunkt der Nachbefragung die Drogenszene nur selten oder gar nie aufsuchten. Die Entwicklung der sozialen Integration erfolgte dabei nicht unabhängig vom Drogenverhalten während des Nachbefragungszeitraums: alle ehemaligen Klienten, die während der gesamten nachtherapeutischen Zeit keine erneuten Konsumphasen aufwiesen, waren bereits nach dem Austritt aus der Behandlung weitgehend in drogenfreie soziale Kontexte integriert gewesen. Überraschend war der Befund, wonach auch die regelmässig Drogen benutzenden Personen sich während der nachtherapeutischen Zeit gut in drogenfreie soziale Kontexte integrieren konnten.

2.3.3. Determinanten des Rehabilitationsverlaufes

Für die Analyse der Rehabilitation nach einer stationären Therapie ist auch die Frage nach den Determinanten unterschiedlicher Verläufe zentral: Welche Faktoren tragen zu einem günstigen, welche zu einem ungünstigen Rehabilitationsverlauf bei? Welches sind typische Chancen und Ressourcen, welches hingegen typische Schwierigkeiten und Barrieren im Rehabilitationsverlauf?

Determinanten unterschiedlicher Verläufe können unterschieden werden in klientenbezogene Merkmale, Merkmale des Therapieaufenthaltes, Merkmale des therapeutischen Prozesses und Strukturmerkmale der therapeutischen Einrichtung. Ihre Untersuchung hat sich lange Zeit stark auf *klientenbezogene Merkmale* konzentriert (Uchtenhagen, 2000), dies zum einen hinsichtlich des Verbleibens in der Therapie – welches wiederum mit dem Rehabilitationserfolg in Beziehung steht –, zum andern hinsichtlich des Outcomes. Vermehrt sind jedoch sogenannte „Therapievariablen“ ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt: als Merkmale des *Therapieaufenthaltes* zum Beispiel die Aufenthaltsdauer oder die Art des Austritts, als Merkmale des *therapeutischen Prozesses* zum Beispiel die Therapiemotivation oder die therapeutische Beziehung, und als Strukturmerkmale der *therapeutischen Einrichtung* zum Beispiel das konkrete Behandlungsangebot, die Einrichtungsphilosophie oder Umgebungsmerkmale.

Der folgende Überblick zu wichtigen empirisch untersuchten Determinanten unterschiedlicher Rehabilitationsverläufe nach einer stationären abstinenzorien-

tierten Therapie konzentriert sich auf klientenbezogene Variablen einerseits und Merkmale des Therapieaufenthaltes andererseits. Auf die beiden weiteren Bereiche wird an dieser Stelle nicht eingegangen, da sie nicht Gegenstand der Analysen der vorliegenden Studie sind.⁷

2.3.3.1. Klientenbezogene Merkmale als Determinanten des Rehabilitationsverlaufs

Der Einfluss von unterschiedlichen Merkmalen der behandelten Person auf den Outcome nach einer stationären Therapie und auf den Rehabilitationsverlauf wurde in einer grossen Anzahl von Studien und in beachtlicher Breite untersucht. Die am häufigsten untersuchten klientenbezogenen Merkmale, auf welche im Folgenden eingegangen wird, betreffen soziodemographische Charakteristika, biographische Erfahrungen (Drogen- und Institutionserfahrungen), Merkmale der Persönlichkeit, der Gesundheit, der sozialen und beruflichen Integration, sowie sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren.

Soziodemographische Merkmale

- Ein Zusammenhang der Geschlechtszugehörigkeit mit dem Rehabilitationserfolg konnte in verschiedenen Studien gefunden werden. Gewisse Untersuchungen weisen auf eine höhere Abbruchquote bei Frauen hin (Hanke & Faupel, 1993), auch wenn dieser Zusammenhang durch andere Studien nicht bestätigt wird (Dobler-Mikola, 1996; Ernst, Rottenmanner, & Spreyermann, 1995). Eine höhere Abbruchquote wäre dabei als Indiz eines geringeren Rehabilitationserfolgs zu interpretieren, zumal ein Therapieabbruch in der Regel mit einem geringeren Outcome einhergeht. Es sind jedoch auch Befunde vorzufinden, die auf einen besseren Outcome bei Frauen hinweisen: so hätten Frauen nach einer Behandlung häufiger als Männer mit dem Konsum illegaler Drogen aufgehört und seltener einen täglichen Drogenkonsum im Verlauf aufgewiesen (Dobler-Mikola, 1996; Hanel, 1990; Sheehan, Oppenheimer, & Taylor, 1993). Dobler-Mikola (Dobler-Mikola, 1996) fand für Frauen einen Zusammenhang zwischen Merkmalen der sozialen Situation beim Eintritt und der Drogenfreiheit nach Austritt: Frauen mit vielen

⁷ Der Einfluss von *Einrichtungsmerkmalen* auf den Verlauf nach einer stationären Therapie ist im Rahmen der Studie „Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (QUAFOS)“ untersucht worden (Wettach et al., 2000).

Was die Bedeutung von *Prozessmerkmalen* für den Rehabilitationsverlauf anbelangt, sei hier stellvertretend auf die Arbeiten von Simpson et al. (Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997c) verwiesen.

Desintegrationsmerkmalen beim Eintritt gelang eine stärkere Distanzierung vom Konsum illegaler Drogen; umgekehrt zeigten Frauen, die eine „Medikalisierung“ in Form von Methadonbehandlungen erfahren hatten, diesbezüglich mehr Schwierigkeiten. Verschiedene Autoren betonen, dass bezüglich der Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit eine differenzierte Betrachtung erforderlich sei: Stark (Stark, 1992) weist darauf hin, dass das Geschlecht das Verbleiben in der Therapie nicht direkt beeinflusse, sondern als *eine* Komponente in einem komplexen Gefüge wirksam sei; entscheidend sei zum Beispiel der Umstand, wie weit die Behandlung als den eigenen Bedürfnissen entsprechend wahrgenommen werde. Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) geben in Bezug auf den Legalstatus als Erfolgsdimension zu Bedenken, dass Ergebnisse, wonach Frauen einen besseren Outcome aufweisen, therapieunspezifische Tatsachen wie zum Beispiel die insgesamt geringere Kriminalität bei Frauen widerspiegeln können.

- Dem Alter wird in Hinsicht auf den Rehabilitationsverlauf ebenfalls eine wichtige Rolle attestiert. Das Alter wird besonders im Zusammenhang mit der Maturing-out-Hypothese (Winick, 1962) als bedeutsam erachtet. Diese geht davon aus, dass Drogengebrauchende sich mit zunehmendem Alter eher von der Drogenszene und einer drogenbestimmten Lebensform lösen können, sei es mit oder ohne therapeutische Intervention (Groenemeyer, 1990; Raschke & Rometsch, 1987). Ein Zusammenhang zwischen höherem Alter zum Zeitpunkt der Nachbefragung und besserer Rehabilitation, welcher diese Hypothese bestätigen würde, wird von verschiedenen Autoren berichtet (zum Beispiel Toumbourou & Hamilton, 1993; Hiller, Knight, Broome, & Simpson, 1998). Condelli & Hubbard (Condelli & Hubbard, 1994) konnten dagegen keinen Einfluss des Alters auf Drogenfreiheit, Arbeitssituation und kriminelles Verhalten feststellen. In Bezug auf das Alter wird des weiteren der Beginn mit dem Konsum von harten Drogen als prognostisch bedeutsam erachtet, wobei ein späterer Beginn als günstig gilt (Ladewig & Graw, 1982). Eine mögliche Erklärung hierfür wird darin gesehen, dass ältere Einsteiger „konventionelle“ Ressourcen wie Ausbildung oder feste Partnerbeziehung, welchen eine protektive Funktion zukommt, vor dem Beginn mit problematischem Drogengebrauch vollständiger aufbauen konnten als jüngere. Die Ergebnisse zur Bedeutung des Alters bei Konsumbeginn sind jedoch uneinheitlich, bei Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) hatte weder das Alter bei Beginn mit harten Drogen noch die Dauer des Konsums von harten Drogen einen Einfluss auf den Outcome in der Ein-Jahres-Katamnese bei 275 ehemaligen Klienten stationärer Langzeittherapien.

Drogen- und Behandlungserfahrungen sowie Erfahrungen mit dem Justizsystem

- In Bezug auf die Muster des Drogengebrauchs gilt insbesondere Mehrfachabhängigkeit als ein die Prognose beeinträchtigender Faktor (Gossop et al., 1997; Uchtenhagen, 2000). Weitere rehabilitationserschwerende Aspekte werden in einer langen Dauer und hohen Intensität des Drogengebrauchs gesehen (Bell & Ross, 1991). Diese Faktoren gelten insofern als bedeutsam, als sie eine Ausgrenzung aus konventionellen Lebensbereichen fördern, speziell auch durch die Verstrickung in kriminelle Aktivitäten. Eine hohe Intensität des Gebrauchs von Drogen, insbesondere von Opiaten, erwies sich in der Metaanalyse von Brewer et al. (Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, & Fleming, 1998) als Prädiktor für fortgesetzten Drogengebrauch nach der Behandlung, und bei Hser et al. (Hser, Anglin, & Fletcher, 1998) waren positive Veränderungen im Drogengebrauch bei jenen Personen geringer, welche sowohl von Heroin als auch von Kokain abhängig waren. Einen Einfluss der Konsumform auf die spätere Abstinenz im Katamnesezeitraum fanden Sheehan et al. (Sheehan et al., 1993): Wer vor Eintritt in die Behandlung mehrere Drogen injiziert hatte, konnte weniger oft Abstinenz erreichen und aufrecht erhalten als die nicht Drogen injizierenden Personen. Diejenigen, welche hinsichtlich Abstinenz positiv abschnitten, zeichneten sich überdies aus durch einen längeren Zeitraum zwischen dem Erstkonsum von Drogen und erstmaligem Injizieren.
- Verschiedene Autoren betonen die Bedeutung früherer Abstinenzphasen als ein die Rehabilitation begünstigender Faktor (Kindermann, 1992; Herbst, 1992; Sickinger, 1994; Brewer, 1998; vgl. auch Abschnitt 2.1.3.3). Die Befunde zur Bedeutung früherer Behandlungserfahrungen hinsichtlich der Rehabilitation sind hingegen gemischt. So hat sich eine frühere Behandlung wegen Opiatabhängigkeit in der Metaanalyse von Brewer et al. (Brewer et al., 1998) als Langzeitprädiktor für fortgesetzten Drogengebrauch nach der Behandlung erwiesen. Moos & Kind (Moos, 1998) fanden einen negativen Zusammenhang zwischen früherer Behandlungserfahrung und dem Engagement in der aktuellen Therapie (einem seinerseits für das Verbleiben in der Therapie bedeutenden Faktor). Zemlin et al. (Zemlin et al., 1999) konnten in einer prospektiven Ein-Jahres-Katamnese an stationär behandelten Alkohol- und Medikamentenabhängigen, in welcher Erstbehandelte und wiederholt Behandelte vergleichend untersucht wurden, deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen finden: Die Erstbehandelten waren sowohl im Hinblick auf Abstinenz erfolgreicher als auch mit allen berücksichtigten Lebensbereichen zufriedener. Demgegenüber sieht Stark (Stark, 1992) keine empirische Basis für einen negativen Zusammenhang zwischen längerer früherer Behandlungserfahrung und dem aktuellen Verbleiben in der Thera-

pie. Er weist jedoch darauf hin, dass die Variable Behandlungserfahrung mit dem Alter und der Schwere des Drogenkonsums konfundiert sei. Schliesslich liegen auch Studien vor, welche die in früheren Behandlungen verbrachte Zeit als für den Therapieerfolg förderlich nachweisen (Condelli & Hubbard, 1994; Hser et al., 1997). Hser et al. (Hser et al., 1997) erwähnen gar erste ermutigende Befunde betreffend einen *kumulierten* Nutzen von mehreren aufeinanderfolgenden Behandlungsepisoden.

- Aspekte der Delinquenzgeschichte gelten ebenfalls als für die Rehabilitation bedeutsam (Uchtenhagen, 2000). In einer Untersuchung von Hiller et al. (Hiller et al., 1998) gingen intensive Justizkontakte in der Biographie (Verhaftungen) mit einem kürzeren Verbleiben in der Behandlung einher. Condelli & Hubbard (Condelli & Hubbard, 1994) fanden bei Personen, die bereits vor der Behandlung häufig kriminell waren, mit grösserer Wahrscheinlichkeit auch nach der Behandlung solches Verhalten. Auch bei Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) zeigten Personen mit ungünstiger Legalsituation beim Eintritt geringere Verbesserungen als solche mit einer günstigen Legalsituation beim Eintritt. Insbesondere Personen mit kriminellem Verhalten bereits *vor* dem Beginn des Drogenkonsums wiesen einen besonders geringen Therapieerfolg auf, während zwischen Verurteilungen *nach* Suchtbeginn und Therapieerfolg kein signifikanter Zusammenhang gefunden wurde.

Merkmale der Persönlichkeit

- Merkmale der Persönlichkeit werden insbesondere im Rahmen der Rückfallforschung auf ihre Bedeutung hin untersucht. Das Interesse richtet sich dabei auf Aspekte wie individuelles Bewältigungsverhalten, persönliche Attributionsstile und Kontrollüberzeugungen als rückfallfördernde oder rückfallverhindernde Faktoren. Powell et al. (Powell et al., 1993) fanden in ihrer Untersuchung bei Personen, welche eine stationäre Entzugsbehandlung absolviert hatten, effektivere Bewältigungsstrategien, wenn sich die Person ihrer eigenen Verletzlichkeit stärker bewusst war: sechs Monate nach Austritt konsumierten Personen mit niedrigerer Selbstwirksamkeitserwartung und höheren Erwartungen hinsichtlich Drogenfreiheit weniger oft Opiate, und bei Personen mit höheren Angst- und Neurotizismuswerten war die Zeitspanne bis zum ersten Wiederkonsum länger. Stephens et al. (Stephens, Curtin, Simpson, & Roffman, 1994) untersuchten die Rolle des Attributionsstils hinsichtlich des Rückfallrisikos bei ehemaligen Marihuanagebrauchenden. Es zeigte sich, dass Personen, welche nach der Behandlung wieder zu einem regelmässigen Konsum übergegangen waren, sich durch eine stärker interne, stabile und globale Attribuierung des aus ihrer Sicht rückfallverursachenden Moments auszeichneten. Gleiche Ergebnisse fanden auch Walton et al.

(Walton, Castro, & Barrington, 1994) in Bezug auf rückfällig Gewordene, während sie für Abstinente das selbe Attribuierungsmuster, jedoch bezogen auf die Gründe des Erfolgs, fanden.

Merkmale der psychischen und physischen Gesundheit

- Das Vorhandensein psychischer Störungen gilt als prognostisch ungünstig hinsichtlich einer erfolgreichen Rehabilitation (Uchtenhagen, 2000). Diesbezüglich wurden vor allem Depressionen sowie Persönlichkeitsstörungen untersucht (Platt, 1995a). Die Befunde zum Zusammenhang von Depression und Outcome sind kontrovers (Charney, Paraherakis, Negrete, & Gill, 1998). Brewer et al. (Brewer et al., 1998) berichten in ihrer Metaanalyse einen geringfügig positiven Zusammenhang zwischen Depression und fortgesetztem Drogengebrauch nach einer Behandlung. Bei den von Ravndal & Vaglum (Ravndal & Vaglum, 1994) untersuchten Patienten einer stationären Suchttherapie war hingegen eine (selbst berichtete) Depression zum Zeitpunkt des Eintritts kein (alleiniger) Prädiktor für den Abbruch der Therapie. In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen und ihre Bedeutung für den Outcome betonten Ravndal & Vaglum (Ravndal & Vaglum, 1994), dass der bisherige Fokus empirischer Untersuchungen auf Methadonpatienten eine zuverlässige Beurteilung erschwere. In ihrem Fünf-Jahres-Follow-Up bei Klienten einer abstinenzorientierten Behandlung fanden sie keinen Zusammenhang zwischen psychopathologischen Befunden beim Eintritt und der Art des Behandlungsabschlusses. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung war aber mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko im Follow-up-Zeitraum verbunden.
- Schwerwiegende Störungen der physischen Gesundheit können, wie in einer Untersuchung bei HIV-positiven Therapieabgängern gezeigt werden konnte, die Rehabilitation beeinträchtigen: HIV-positive Therapieabgänger wiesen gegenüber den nicht HIV-positiven häufiger Rückfälle auf (Uchtenhagen et al., 1993).

Merkmale der sozialen und beruflichen Integration

- Als ein für die Rehabilitation bedeutender Faktor gilt das Vorhandensein intakter sozialer Beziehungen ausserhalb der Drogenszene. Drogengebrauchende, welche soziale Beziehungen ausserhalb drogenbenutzender Kreise hatten und/oder in einer nicht drogenbestimmten Partnerschaft lebten, wiesen in der Untersuchung von Uchtenhagen & Zimmer Höfler (Uchtenhagen & Zimmer Höfler, 1985) bessere Rehabilitationsergebnisse auf als Drogengebrauchende ohne solche Kontakte. Bei Broekaert et al. (Broekaert, Raes, & Soye, 1997) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen wachsender Distanz

zur Drogenszene sowie dem gelingendem Aufbau von tragfähigen sozialen Beziehungen und Drogenfreiheit im Katamnesezeitraum. Eine enge Bindung an die Drogenszene respektive „Erfolge“ in der Drogenszene können hingegen rehabilitationserschwerend wirken (Dobler-Mikola, 2000). In der Metaanalyse von Brewer et al. (Brewer et al., 1998) waren Kontakte mit drogengebrauchenden Peers mittelstark positiv mit fortgesetztem Drogenkonsum nach der Behandlung assoziiert.

- Im Rahmen der Rückfallforschung wird die Rolle vorhandener sozialer Unterstützung für die Aufrechterhaltung von Abstinenz, aber auch für das Gelingen der sozialen und beruflichen Integration betont. Wie speziell aus der Behandlungsevaluation im Alkoholbereich bekannt ist, kommt auch dem Besuch von Unterstützungs- und Selbsthilfegruppen nach der Behandlung eine rehabilitationsfördernde Funktion zu (Hoffmann & Miller, 1993; Miller & Hoffmann, 1995).
- Des weiteren gelten das Gelingen der sozialen und beruflichen Integration als begünstigend für einen positiven Ausstiegsverlauf (Sickinger, 1992; Raschke & Schliehe, 1985). In verschiedenen Untersuchungen bei ehemaligen Klienten aus stationären Behandlungseinrichtungen konnte ein positiver Zusammenhang zwischen einer gelingenden sozialen und beruflichen Integration mit der Drogenfreiheit beobachtet werden (vgl. zum Beispiel Groenemeyer, 1990; Sheehan et al., 1993).

Sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren

- Der sozioökonomische Status wird vor allem im Sinne einer sozialen Ressource zum Zeitpunkt des Eintrittes in Verbindung mit dem Therapieerfolg gebracht. So ging zum Beispiel bei Condelli (Condelli, 1994) ein höherer sozioökonomischer Status mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit für ein längeres Verbleiben in der Therapie einher. Hiller et al. (Hiller et al., 1998) berichten, dass Klienten mit besserer Ausbildung öfter mindestens 90 Tage in Behandlung blieben. Auch der Beschäftigungsstatus vor der Behandlung gilt aufgrund verschiedener Befunde als Prädiktor sowohl für das Verbleiben in der Therapie als auch für die Rehabilitation nach der Therapie (in Bezug auf Abstinenz sowie die Beschäftigungssituation) (Condelli & Hubbard, 1994; Platt, 1995c; Vaillant, 1989). Ein solcher Zusammenhang zwischen früherer Beschäftigungssituation und Therapieerfolg konnte bei Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) allerdings nicht gefunden werden.
- Nach der Bedeutung von ethnischer Zugehörigkeit und von Migrationserfahrungen für die Rehabilitation bei Suchterkrankungen wird im Rahmen migrationsspezifischer Suchtarbeit gefragt, wobei vermutet wird, dass sich eine „kumulierte“ Marginalisierung bei drogenabhängigen Migranten rehabilitati-

onserschwerend auswirke. Untersuchungen im Bereich der *Outcome-Forschung* bei Angehörigen ethnischer Minderheiten sind allerdings im deutschsprachigen Raum recht selten; vereinzelt werden spezifische Schwierigkeiten der therapeutischen Arbeit konstatiert (Huck, 1996) oder gar „Zweifel an der Wirksamkeit“ geäußert (Franssen, 1993)⁸. Finn (Finn, 1994) weist mit Bezug auf amerikanische Studien auf kontroverse Befunde zu den Behandlungsergebnissen bei Angehörigen ethnischer Minderheiten hin, sowohl was reguläre Behandlungsabschlüsse als auch was die Reduktion des Drogenkonsums nach der Behandlung anbelangt.

2.3.3.2. Merkmale des Therapieaufenthaltes als Determinanten des Rehabilitationsverlaufs

Die wichtigsten Merkmale des Therapieaufenthaltes, welche auf ihre Bedeutung für den Outcome hin vielfältig untersucht worden sind, betreffen die Aufenthaltsdauer, die Art der Therapiebeendigung sowie die Art des Therapiebeginns.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer gilt aufgrund zahlreicher empirischer Befunde als einer der wichtigsten und zuverlässigsten Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs, wobei eine längere Aufenthaltsdauer mit einer erfolgreicherer Rehabilitation einhergeht (Bleiberg, Devlin, Croan, & Briscoe, 1994; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1994; De Leon & Schwartz, 1984; Dobler-Mikola et al., 1998; French, Zarkin, Hubbard, & Rachal, 1993; Gerstein, 1994; McCusker et al., 1997; McCusker, Stoddard, Frost, & Zorn, 1996; McLellan, Alterman, Cacciola, Metzger, & O'Brien, 1992; Platt, 1995c; Roch, Küfner, Bähmer, & Denis, 1992; Schwartz, Mulvey, Woods, Brannigan, & Plough, 1997; Simpson, 1998; Simpson et al., 1997b).

Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) konnten beispielsweise für Personen mit einem Therapieaufenthalt von mindestens zwölf Monaten eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit finden, sich vom Drogenkonsum und der Drogenszene zu distanzieren und die Arbeitssituation sowie die Legalsituation ge-

⁸ Aufgrund von Untersuchungen zur Versorgungslage ausländischer Drogenabhängiger werden jedoch spezifische Zugangsbarrieren zum Hilfesystem vermutet bzw. wird eine deutliche Untervertretung ausländischer Drogenabhängiger im Suchthilfesystem konstatiert (Domenig, Salis Gross, Wicker, & Rihs-Middel, 1998; Gaitanides, 1998; Pavkovic, 1990; Schmid, 1998). So haben Domenig et al. (Domenig et al., 1998) in einer explorativen Vorstudie bei Drogenabhängigen italienischer Herkunft auf den vergleichsweise kleinen Anteil von Drogenabhängigen dieser Bevölkerungsgruppe im Beratungs- und Therapiebereich hingewiesen, wenn man deren Anteil an der sichtbaren Drogenszene betrachte.

genüber der Zeit vor Eintritt zu verbessern. Auch Simpson et al. (Simpson et al., 1997b) fanden für Klienten stationärer Langzeittherapien, welche mindestens drei Monate in Behandlung geblieben waren, gegenüber den Frühabbrechern (weniger als drei Monate in Behandlung) signifikant positivere Veränderungen zwischen Eintritt und Follow-Up ein Jahr nach Behandlungsabschluss, dies in Bezug auf den erneuten Konsum verschiedener Drogen, das Legalverhalten, die Beschäftigungssituation und erneute Behandlungen wegen Drogenproblemen.

Wie Simpson et al. (Simpson, 1998; Simpson et al., 1997a; Simpson et al., 1997b; Simpson et al., 1997c) betonen, handelt es sich bei der Aufenthaltsdauer allerdings um einen äusserst *komplexen* Indikator. Personen-, therapie- und umgebungsbezogene Merkmale bedingten im Zusammenspiel, wie lange jemand in Behandlung bleibe. Eine entscheidende Bedeutung wird dabei der individuellen Behandlungsmotivation und –bereitschaft sowie deren Förderung in einer früheren Behandlungsphase zugemessen, welche es vermehrt zu untersuchen gelte. Für das Verbleiben in der Therapie wird ausserdem auch der Frage nach der Passung des Angebotes in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten grosses Gewicht eingeräumt (De Leon, 1994).

Art der Behandlungsbeendigung

Bisherige Befunde zur Bedeutung der Art der Behandlungsbeendigung für den Outcome sind sehr konsistent: ein *regulärer* Behandlungsabschluss gilt als einer der wichtigsten Prädiktoren für eine positive Entwicklung in verschiedenen Lebensbereichen bzw. für einen langfristigen Therapieerfolg (vgl. zum Beispiel Dobler-Mikola et al., 1998; Herbst, Hanel, & Haderstorfer, 1989; Ravndal & Vaglum, 1998; Roch et al., 1992; Stark, 1992).

Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) konnten beispielsweise in der bereits erwähnten Ein-Jahres-Katamnese für jene Personen, welche die Therapie wie vorgesehen (regulär) beendet haben, bessere Ergebnisse hinsichtlich Drogenfreiheit, Arbeitssituation und Legalstatus nachweisen. Auch Brünger (Brünger, 1998) ermittelte für reguläre Beender einer stationären Drogentherapie höhere Abstinenzquoten als für Abbrechende oder disziplinarisch Ausgeschlossene. Bei Ravndal & Vaglum (Ravndal & Vaglum, 1998) war die reguläre Behandlungsbeendigung positiv korreliert mit Aspekten der sozialen Integration, jedoch nicht mit dem Drogengebrauch im Jahr vor der Nachbefragung fünf Jahre nach Austritt.

Ein *vorzeitiger* Abbruch der Therapie (dropping out) gilt entsprechend als rehabilitationerscherend, was angesichts der relativ hohen Abbruchquoten in stationären abstinenzorientierten Behandlungen (bis zu sechzig Prozent; Grichting et al., 1999; Herbst, 1992; Uchtenhagen, 2000) bedeutsam ist. Das

Verbleiben in der Therapie wird damit selbst zum einem Erfolgskriterium, und seine Determinanten werden prognostisch interessant.

Art des Therapiebeginns

Die Art des Therapiebeginns ist im Zusammenhang mit der Möglichkeit justizieller Zuweisung zu einem stationären Therapieaufenthalt, insbesondere als strafrechtliche Massnahme, von Bedeutung. Wie Bühringer (Bühringer, 1991) resümiert, wirkt sich eine justizielle Zuweisung zu einer stationären Therapie nicht zwingend negativ aus, sofern das therapeutische Angebot qualitativ hochstehend sei. Vielmehr seien Hinweise auf eine geringere Abbruchquote und eine grössere langfristige Stabilität bei justiziell Zugewiesenen gegenüber den freiwillig Eingetretenen vorhanden. Ein Vorteil der justiziellen Zuweisung wird denn darin gesehen, dass sie zu einem früheren Zeitpunkt zu einer Behandlungsaufnahme führe als dies bei einem freiwilligen Eintritt der Fall sei (Kline, 1997). Eine neuere Studie aus dem amerikanischen Raum (Hiller et al., 1998) fand einen positiven Zusammenhang zwischen justizieller Zuweisung und dem Verbleiben in der Therapie: Personen mit einem mittleren bis hohen externen Druck von Seiten der Justiz blieben mit grösserer Wahrscheinlichkeit mindestens 90 Tage in Behandlung. Allerdings erschweren Unterschiede in der Operationalisierung von „justizieller Zuweisung“ vergleichbare Aussagen.

Bevor nun, vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen, zur Formulierung der Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung übergegangen wird, wird zunächst noch auf die Bedeutung einer stationären Behandlung aus der Perspektive der Betroffenen eingegangen. Die subjektive Beurteilung von Veränderungen nach einer Behandlung oder des Nutzens einer Therapie stellt einen ergänzenden Beitrag zur „Erfolgsbeurteilung“ dar.

2.3.4. Stellenwert der abstinentenorientierten Behandlung aus der Sicht der Betroffenen

Der stärkere Einbezug der subjektiven Perspektive der Betroffenen in die Evaluationsforschung ist ein inzwischen weit verbreitetes Desiderat (Battjes et al., 1999; Blomqvist, 1996; Platt, 1995b; Raschke, 1996; Schlömer, 1986). Die Perspektive der Betroffenen interessiert dabei in verschiedener Hinsicht, so in Bezug auf

- die Motivation zur Behandlung, die Umstände der Behandlungsaufnahme und die Behandlungsbereitschaft
- die Erwartungen an die Behandlung und deren Übereinstimmung mit der aktuellen Behandlungserfahrung

- den Behandlungsprozess und den Behandlungsfortschritt
- den wahrgenommenen Nutzen der Therapie
- die Selbstbewertung der Lebensverhältnisse und der Befindlichkeit nach der Therapie.

Battjes et al. (Battjes et al., 1999) fassen erste Ergebnisse einer qualitativen (ethnographischen) Erforschung der subjektiven Perspektiven verschiedener Gruppen von Drogengebrauchenden zusammen, welche die Motivation und das Engagement in der Behandlung, die Erreichbarkeit der Behandlung sowie die Einstellungen dieser gegenüber betreffen. Die Ergebnisse, welche sich allerdings nicht spezifisch auf stationäre Therapien beziehen, weisen gemäss den Autoren darauf hin, dass die von den Patienten selbst wahrgenommenen Bedürfnisse stärker zu berücksichtigen seien. Die Motivation der Betroffenen, eine Behandlung aufzusuchen, sei oftmals nicht mit den Programmzielen identisch. Dies könne jedoch aus der Perspektive der Behandlungseinrichtung als mangelnde Motivation und Behandlungsbereitschaft oder als Misserfolg interpretiert werden, während aus der Perspektive der Patienten die mangelnde Entsprechung des Programms im Vordergrund stehe.

Einen spezifischen Bezug zu stationären Therapien weist die Untersuchung von Sickinger (Sickinger, 1994) auf. Sickinger hat nicht nur die subjektiven Ausstiegsgründe ehemals Drogenabhängiger und die Stationen im Ausstiegsprozess untersucht, sondern auch entsprechende Hilferessourcen. Seine Ergebnisse basieren auf qualitativen Interviews mit 59 ehemaligen Heroinabhängigen, die in engem Kontakt mit dem Drogenhilfesystem gestanden hatten und denen der Ausstieg aus der Abhängigkeit gelungen war. Drei Viertel der Befragten waren mindestens einmal in stationärer Therapie gewesen. Von diesen bewerteten gut drei Viertel die Zeit in stationärer Behandlung als „sehr hilfreich“ oder „hilfreich“. In ähnlichem Ausmass beurteilten sie die Unterstützung durch die Mitarbeiter der stationären Einrichtung als positiv. Für zwei von fünf der Befragten war die stationäre Therapie gar das wichtigste Hilfsangebot gewesen, von dem sie hinsichtlich persönlicher und sozialer Kompetenz profitieren konnten. Trotz dieser positiven Beurteilung äusserten rund zwei Drittel der Befragten auch Kritik, welche speziell einen mangelnden Realitätsbezug, ungenügende individuelle Zuwendung sowie starre und unverständliche Regeln betraf. Die Befragten stufen zwar den eigenen Willen, endlich ein neues Leben zu führen, für den gelungenen Ausstieg als entscheidend ein; gleichzeitig räumten sie aber den Angeboten der Drogenhilfe, insbesondere der stationären Therapie, eine grosse Bedeutung hinsichtlich der Förderung drogenfreier Phasen ein, welche die Chance zu positiven Erfahrungen und zur Entwicklung neuer Perspektiven beinhalteten.

Das subjektive Therapieerleben und dessen nachträgliche Beurteilung war auch Gegenstand der Untersuchung zum „Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger“ (Dobler-Mikola et al., 1998). Die Datengrundlage bildeten mittels einem standardisierten Fragebogen erhobene Angaben von 177 (Schaaf & Dobler-Mikola, 1995) resp. 300 (Schaaf, 1996) ehemaligen Klienten stationärer Therapien, welche im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS ein Jahr nach dem Therapieaustritt nachbefragt worden waren. Den Ergebnissen zufolge betrafen die von den Befragten selbst wahrgenommenen *Veränderungen* aufgrund der Therapie vor allem die Bereiche Ich-Reifung, Selbstenthüllung und Distanzierung von Drogen. Als wichtige *Erfahrungen* während der Therapie wurden vor allem der Kontakt mit den anderen Klienten und die Möglichkeit, sich intensiv mit den eigenen Problemen auseinander zu setzen, genannt. Kritik an der Therapie betraf insbesondere das Ausmass an Regeln und die erfahrene Kontrolle, die Grösse der Einrichtung, den „harten“ Umgangsstil sowie die mangelnde Mitsprache. Das Therapieerleben wurde dabei kaum durch Aspekte des sozialen Hintergrundes oder der Drogen- und Institutionskarriere beeinflusst. Lediglich vorhandene Belastungen in der Herkunftsfamilie prägten die Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Therapieerfahrungen.

2.4. Fazit

Wie die Ausführungen in diesem Kapitel gezeigt haben, lässt sich der Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laubahn als ein oftmals längerdauernder, zyklischer Prozess verstehen, welcher Phasen des Drogengebrauchs, der Behandlung, der Abstinenz und des Rückfalls umfasst. Die stationäre Therapie greift in diesen Prozess als vermittelnde Instanz ein, und die Rehabilitation nach einer stationären Therapie tangiert unterschiedliche Lebensbereiche. Der Verlauf des Ausstiegs und der Rehabilitation stellt sich dar als ein Zusammenwirken von unterschiedlichen Faktoren wie Ressourcen und Defizite aus der Zeit vor der Entwicklung einer drogenbestimmten Laufbahn, Konsequenzen des drogenorientierten Lebensstils, während des Ausstiegs erworbene neue Ressourcen, soziale und kulturelle Faktoren.

Diese beschriebenen Realitäten sind für die Formulierung der konkreten Fragestellungen für neue empirische Forschungsvorhaben mitbestimmend. Gleichzeitig ist vor Augen zu halten, dass eine umfassende Berücksichtigung aller Wirkungszusammenhänge nicht im Rahmen einer einzigen empirischen Analyse möglich ist, sondern jede Einzelstudie ihren Fokus entsprechend dem spezifischen Erkenntnisinteresse eingrenzen muss.

Welche Themenbereiche für die empirischen Analysen in der vorliegenden Studie berücksichtigt und welche konkreten Fragestellungen formuliert werden, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

3. Fragestellungen in der empirischen Analyse

Vor dem Hintergrund der generellen Zielsetzungen dieser Studie (vgl. 1.2) und basierend auf der Literatursichtung (Kapitel 2) wurden für die empirische Analyse folgende Themenbereiche ausgewählt:

1. Beschreibung des Rehabilitationsstatus der ehemaligen Therapieteilnehmenden hinsichtlich struktureller Integration, Desintegration und Marginalisierung sowie Drogengebrauch bzw. Drogenfreiheit
2. Beschreibung unterschiedlicher Rehabilitationsverläufe in den untersuchten Dimensionen unter Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale, soziokultureller Aspekte und von Merkmalen des Therapieaufenthaltes
3. Untersuchung der subjektiven Begründungen von „Erfolg“ und „Misserfolg“ sowie der selbst berichteten Veränderungen und der rückblickenden Therapiebeurteilung.

In den folgenden Abschnitten wird – für die Punkte eins und zwei gemeinsam (3.1), sowie für den Punkt drei separat (3.2) – zunächst zusammenfassend auf die Bedeutung des jeweiligen Themas eingegangen, gefolgt von den je konkreten Fragestellungen für die empirische Untersuchung.

3.1. Rehabilitationsstatus und Rehabilitationsverläufe

Das Hauptinteresse der vorliegenden Studie bezieht sich auf die Beschreibung des Rehabilitationstatus der nachbefragten Population und die Untersuchung unterschiedlicher Rehabilitationsverläufe nach dem Austritt aus der stationären abstinenzorientierten Behandlung. Drei Dimensionen von Rehabilitation sollen dabei im Zentrum stehen:

- **Drogenfreiheit bzw. Drogenkonsum** nach Austritt gelten oftmals als das wichtigste Kriterium zur Beurteilung des Behandlungserfolgs und werden entsprechend häufig entweder allein oder in Kombination mit weiteren Kriterien untersucht (vgl. 2.3.2.3). Ergebnisse aus Studien unterschiedlicher Katamnesedauer weisen darauf hin, dass der Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit einem bedeutenden Teil ehemals Abhängiger gelingt, ein anderer Teil aber über die Jahre hinweg abhängig bleibt. Dazwischen werden Formen sogenannt integrierter Konsums berichtet. Langzeitstudien legen es nahe, Konsummuster und Konsumverläufe differenziert zu betrachten und

weisen darauf hin, dass ein gelingender Ausstieg oft mehrerer Anläufe bedarf (vgl. Körkel, 1999). Es ist eine vorrangige Zielsetzung stationärer abstinenzorientierter Therapien, zur Erlangung eines drogenfreien Lebens oder zumindest zu einer Reduktion des Konsums beizutragen (vgl. 2.3.1), weshalb die Rehabilitationsdimension „Drogenfreiheit“ auch in der vorliegenden Arbeit einen zentralen Platz einnimmt.

- **Strukturelle Integration:** Mit dieser Dimension sind wichtige Lebensbereiche angesprochen, welche für das Gelingen einer abstinenten Lebensführung von Bedeutung sind, so insbesondere die berufliche und soziale Integration in der Zeit nach dem Austritt. Verlaufsuntersuchungen bei ehemals Drogenabhängigen weisen auf eine Interdependenz der Rehabilitation in verschiedenen Lebensbereichen hin. Das Gelingen der beruflichen und sozialen Integration geht dabei eng mit einer gelingenden abstinenten Lebensführung einher (Bohnert et al., 1988; Groenemeyer, 1990). Es ist denn auch ein wichtiges Ziel der abstinenzorientierten Therapien, zu einer Verbesserung der strukturellen Integration in die Gesellschaft beizutragen. Vor diesem Hintergrund wird diese Rehabilitationsdimension auch in der vorliegenden Studie in die Analyse einbezogen.
- **Desintegration und Marginalisierung:** Ziel einer erfolgreichen Rehabilitation ist neben den bereits genannten Aspekten auch eine Distanzierung von drogenbenützenden Kreisen und der Verzicht auf illegale Aktivitäten, weshalb diese Dimension für eine breite Analyse des Rehabilitationsstatus ebenfalls von Interesse ist.

Hinsichtlich dieser Dimensionen sollen in der empirischen Untersuchung typische Muster der Rehabilitation sowie deren Veränderung gegenüber der Eintrittssituation untersucht werden. Dabei sollen mögliche verlaufsbeeinflussende Merkmale aus folgenden Bereichen in die Untersuchung einbezogen werden:

- Im Bereich der **soziodemographischen Merkmale** die Geschlechtszugehörigkeit und das Alter. Was die Geschlechtszugehörigkeit anbelangt, wird deren Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf in der Literatur kontrovers diskutiert (vgl. 2.3.3.1). Gewisse Untersuchungen weisen auf höhere Abbruchquoten bei Frauen hin, andere Befunde stützen dies nicht. Auch wird berichtet, dass es Frauen öfter als Männern gelinge, nach einer Behandlung mit dem Konsum illegaler Drogen gänzlich aufzuhören. Auch bezüglich dem Alter liegen widersprüchliche Befunde vor (vgl. 2.3.3.1), die einerseits einen positiven Zusammenhang zwischen dem Alter zum Zeitpunkt der Nachbefragung und der Rehabilitation annehmen, andererseits einen solchen nicht bestätigen oder gar einen negativen Zusammenhang belegen. Das Alter wird speziell im Zusammenhang mit der Maturing-Out-Hypothese diskutiert, die besagt, dass es Drogengebrauchenden mit zunehmendem Alter eher gelin-

ge, sich von der Drogenszene und einer drogenbestimmten Lebensform zu lösen.

- Als **soziokulturelle Merkmale** werden in dieser Studie die Nationalität der befragten Personen selbst sowie Aspekte ihres soziokulturellen familiären Hintergrundes untersucht. Soziokulturelle Aspekte, wie die ethnische Zugehörigkeit oder Migrationserfahrungen, wurden in bisherigen Untersuchungen vor allem hinsichtlich spezifischer Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem thematisiert, während die Bedeutung des soziokulturellen Hintergrundes für den Behandlungsverlauf und den Behandlungserfolg eher wenig erforscht ist (vgl. 2.3.3.1). Es herrscht daher ein besonderer Bedarf nach empirisch gestützten Erkenntnissen in diesem Bereich.
- In Bezug auf die **aufenthaltsbezogenen Merkmale** wird in der vorliegenden Studie nach der Bedeutung der Freiwilligkeit des Eintritts, der Aufenthaltsdauer und des Austrittsmodus gefragt. Insbesondere die Dauer des Aufenthaltes und die Art der Therapiebeendigung gelten als zuverlässige Prädiktoren des Rehabilitationsverlaufs, wobei eine längere Aufenthaltsdauer und ein regulärer Therapieabschluss mit einer erfolgreicherer Rehabilitation in Verbindung gebracht werden (vgl. 2.3.3.2). Es wird aber auch betont, dass die Aufenthaltsdauer einen äusserst komplexen Indikator darstellt, der beispielsweise wesentlich mit der Therapiemotivation zusammenhängt.

Diese Auswahl bezieht sich somit auf Determinanten des Rehabilitationsverlaufs, welche entweder die Person (den Klienten) selbst oder den Aufenthalt betreffen.⁹

Die Beschreibung des *Rehabilitationsstatus* und die Untersuchung unterschiedlicher *Rehabilitationsverläufe* in Abhängigkeit von den genannten Merkmalen bezieht sich auf die Zeit nach dem Therapieaustritt (18 Monate) respektive die Situation zum Zeitpunkt der Befragung (18 Monate nach dem Austritt). Die entsprechenden Fragestellungen betreffen die *Nachbefragungssituation* (3.1.1).

Um *Veränderungen* gegenüber der Zeit vor dem Therapieeintritt auszumachen, gilt es jedoch auch die *soziale Situation und die Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor Therapiebeginn* zu beschreiben. Ressourcen und Defizite, die bereits beim Eintritt vorhanden sind, können den Therapieverlauf und das Therapieergebnis mit beeinflussen. Eine ausführliche Beschreibung der Eintrittssituation ist zudem angezeigt, weil der Anteil der in der Nachbefragung erreichten ehemaligen Therapieteilnehmer in der vorliegenden Untersuchung nur rund die Hälfte der angestrebten nachzubefragenden Population beträgt (vgl. 4.2.3). Sie dient

⁹ Der Frage nach dem Einfluss von *Einrichtungsmerkmalen* auf den Verlauf nach Austritt ist im Schlussbericht zum Projekt Q U A F O S „Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (Q U A F O S)“ ein Kapitel gewidmet (Wettach et al., 2000).

somit als Grundlage für die Untersuchung von selektionsbedingten Unterschieden zwischen den in der Nachbefragung erreichten und nichterreichten Personen. Die entsprechenden Fragestellungen betreffen die *Eintrittssituation* (3.1.2).

3.1.1. Fragestellungen zur Nachbefragungssituation

1) Wie lassen sich die soziale Situation und die Muster des Drogengebrauchs der ehemaligen Therapieteilnehmer in den anderthalb Jahren nach Austritt charakterisieren?

- Welches sind typische Muster der strukturellen Integration nach einem Therapieabschluss oder –abbruch?
- Welche Muster der sozialen Marginalisierung und Desintegration können bei den aus einer abstinenzorientierten Therapie ausgetretenen ehemaligen Therapieteilnehmenden beobachtet werden?
- Welche Muster des Drogengebrauchs können bei den aus einer abstinenzorientierten Therapie ausgetretenen ehemaligen Therapieteilnehmenden beobachtet werden?

2) Lassen sich bei verschiedenen soziodemographischen Gruppen Unterschiede in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs nach dem Therapieaufenthalt beobachten?

- Unterscheiden sich Männer und Frauen, die eine abstinenzorientierte Therapie abgeschlossen oder abgebrochen haben, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs in den anderthalb Jahren nach dem Austritt?
- Unterscheiden sich Drogengebraucher unterschiedlichen Alters, die eine abstinenzorientierte Therapie abgeschlossen oder abgebrochen haben, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs in den anderthalb Jahren nach dem Austritt?

3) Lassen sich Unterschiede in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs nach dem Therapieaufenthalt beobachten, wenn man den soziokulturellen Hintergrund der ehemaligen Therapieteilnehmenden betrachtet?

- Unterscheiden sich Drogengebraucher schweizerischer und ausländischer Nationalität, die eine abstinenzorientierte Therapie abgeschlossen oder abgebrochen haben, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs in den anderthalb Jahren nach dem Austritt?

- Unterscheiden sich ehemalige Therapieteilnehmende, die aus einer „gemischtkulturellen Familie“ stammen und einen Elternteil schweizerischer, einen Elternteil ausländischer Herkunft aufweisen, von den Personen aus Familien mit zwei Schweizer bzw. zwei ausländischen Elternteilen bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs in den anderthalb Jahren nach dem Austritt?
- Unterscheiden sich ehemalige Therapieteilnehmende, deren Eltern eine gute sprachliche Integration in die hiesige Kultur aufweisen, von jenen, die aus sprachlich weniger integrierten Familien stammen, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs in den anderthalb Jahren nach dem Austritt?

4) Wie sieht der Zusammenhang zwischen Merkmalen des Therapieaufenthaltes und der sozialen Situation sowie den Mustern des Drogengebrauchs in der Zeit nach dem Austritt aus?

- Welche Bedeutung haben die Freiwilligkeit des Eintritts, die Therapiedauer und die Art des Austritts für die strukturelle Integration in den anderthalb Jahren nach dem Therapieaustritt?
- Welche Bedeutung haben die Freiwilligkeit des Eintritts, die Therapiedauer und die Art des Austritts für eine soziale Marginalisierung und Desintegration nach dem Therapieaustritt?
- Kann zwischen den Mustern des Drogengebrauchs in den anderthalb Jahren nach dem Therapieaustritt und der Freiwilligkeit des Eintritts, der Therapiedauer oder der Art des Austritts ein Zusammenhang festgestellt werden?

5) Wie sehen die Veränderungen in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs nach einem Therapieaufenthalt im Vergleich zur Zeit vor dem Therapieeintritt aus und welche Bedeutung kommt dabei der Art des Austrittes (regulär oder irregulär) zu?

- Wie verändert sich die strukturelle Integration zwischen Eintritt und Nachbefragung, und welche Bedeutung kommt dabei der Art des Austrittes zu?
- Wie verändern sich die soziale Marginalisierung und Desintegration zwischen Eintritt und Nachbefragung, und welche Bedeutung kommt dabei der Art des Austrittes zu?
- Wie verändern sich die Muster des Drogengebrauchs zwischen Eintritt und Nachbefragung, und welche Bedeutung kommt dabei der Art des Austrittes zu?

3.1.2. Fragestellungen zur Eintrittssituation

Die Fragestellungen zur Eintrittssituation entsprechen denen zur Nachbefragungssituation, beziehen sich aber jeweils auf das Jahr vor Therapiebeginn (resp. das Jahr vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt vorangegangen ist). Sie lauten:

6) Wie lassen sich die soziale Situation und die Muster des Drogengebrauchs der ehemaligen Therapieteilnehmer beim Eintritt in die Therapie charakterisieren?

- Welches sind typische Muster der strukturellen Integration im Jahr vor dem Eintritt in die stationäre Therapie?
- Welche Muster der sozialen Marginalisierung und Desintegration können bei den in eine stationäre abstinenzorientierte Therapie eintretenden Personen beobachtet werden?
- Welche Muster des Drogengebrauchs können bei den in eine stationäre abstinenzorientierte Therapie eintretenden Personen beobachtet werden?

7) Lassen sich bei verschiedenen soziodemographischen Gruppen Unterschiede in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs vor dem Therapieeintritt beobachten?

- Unterscheiden sich Männer und Frauen, die in eine abstinenzorientierte Therapie eintreten, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor Eintritt?
- Unterscheiden sich Drogengebraucher unterschiedlichen Alters, die in eine abstinenzorientierte Therapie eintreten, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt?

8) Lassen sich Unterschiede in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs in der Zeit vor dem Therapieeintritt beobachten, wenn man den soziokulturellen Hintergrund der Eintretenden betrachtet?

- Unterscheiden sich Drogengebraucher schweizerischer und ausländischer Nationalität, die in eine abstinenzorientierte Therapie eintreten, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt?
- Unterscheiden sich Therapiebeginner, die aus einer „gemischtkulturellen Familie“ stammen und einen Elternteil schweizerischer, einen Elternteil ausländischer Herkunft aufweisen, von den Personen aus Familien mit zwei Schweizer bzw. zwei ausländischen Elternteilen bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt?

- Unterscheiden sich Therapiebeginner, deren Eltern eine gute sprachliche Integration in die hiesige Kultur aufweisen, von jenen, die aus sprachlich weniger integrierten Familien stammen, bezüglich ihrer Lebenssituation und der Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt?

9) Wie sieht der Zusammenhang zwischen Merkmalen des Therapieaufenthaltes und der sozialen Situation sowie den Mustern des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt aus?

- Unterscheiden sich Drogengebraucher mit guter struktureller Integration von denen, die strukturell nur unvollständig integriert sind, bezüglich der Freiwilligkeit des Eintritts, der Therapiedauer und der Art des Austritts?
- Unterscheiden sich Drogengebraucher in Abhängigkeit von Merkmalen der sozialen Marginalität und der Desintegration bezüglich der Freiwilligkeit des Eintritts, der Therapiedauer und der Art des Austritts?
- Kann zwischen den Mustern des Drogengebrauchs im Jahr vor der Therapie und der Freiwilligkeit des Eintritts, der Therapiedauer oder der Art des Austritts ein Zusammenhang festgestellt werden?

Die empirische Untersuchung dieser Fragestellungen ist Gegenstand der Unterkapitel 5.1 bis 5.4 des Ergebnisteils.

3.2. Subjektive Attribuierung von „Erfolg“ und „Misserfolg“ und rückblickende Therapiebeurteilung

Ein weiteres zentrales Interesse der Studie ist es, die Perspektive der nachbefragten Personen hinsichtlich Erfolg und Misserfolg sowie hinsichtlich der Beurteilung der Therapie zu untersuchen.

Die Berücksichtigung der subjektiven Perspektive der nachbefragten Personen wird in der Evaluationsforschung zunehmend gefordert (vgl. 2.3.4), zumal Aussagen zu selbst wahrgenommenen Veränderungen den Vergleich mit den in der Therapie angestrebten Zielen ermöglichen und die Beurteilung verschiedener Therapieerfahrungen die Behandlungsstelle mit der Wahrnehmung ihrer Klientele konfrontiert. Die subjektive Wahrnehmung von Erfolg resp. Misserfolg interessiert besonders in Bezug auf das Gelingen einer abstinenter Lebensweise. Im Zentrum steht die Frage, was ehemaligen Abhängigen beim Ausstieg geholfen hat und welche Bedeutung sie diesbezüglich der therapeutischen Intervention zumessen (vgl. Sickinger, 1994). Die rückblickende Beurteilung des Nutzens einer Behandlung, aber auch die Selbstbewertung der Lebensverhältnisse nach dem Austritt stellen weitere empirisch bearbeitete Bereiche dar, in denen die

Sichtweise der Betroffenen im Zentrum steht. Bisherige Forschungsergebnisse aus quantitativen wie auch qualitativen Untersuchungen lokalisieren das Verdienst der stationären Therapie aus der Sicht der ehemaligen Klientele wesentlich im Erwerb von persönlichen und sozialen Kompetenzen (Sickinger, 1994; Schaaf, 1996; Schaaf & Dobler-Mikola, 1995).

In der vorliegenden Untersuchung werden die Aspekte „subjektive Begründung von Erfolg resp. Misserfolg“, „Veränderungen in der Zeit seit Austritt“ und „rückblickende Beurteilung der Therapie“ berücksichtigt und folgende konkrete Fragen gestellt:

10) Wie begründen die Therapieabgänger ihre „Erfolge“ oder „Misserfolge“ in der Rehabilitation nach dem Therapieaustritt, gemessen am Rückfall resp. dem Leben ohne Drogen?

- Welche Gründe haben nach Ansicht der Befragten dazu beigetragen, dass sie wieder harte Drogen konsumiert haben?
- Welche Gründe haben nach Ansicht der Befragten dazu beigetragen, dass sie ohne Drogen leben konnten (falls sie zumindest zeitweise keine harten Drogen konsumierten)?
- Welche Gründe hätten nach Ansicht der Befragten dazu beigetragen, ohne Drogen leben zu können (falls sie die ganze Zeit wieder harte Drogen konsumierten)?

11) Wo nehmen die Betroffenen selbst Veränderungen in der Zeit nach der Therapie wahr und welche Bedeutung sprechen sie dabei der Therapie zu?

- Wie beurteilen die nachbefragten Personen verschiedene Aspekte ihrer Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung?
- In welchen dieser Aspekte haben sie Veränderungen gegenüber der Zeit vor der Therapie wahrgenommen?
- Wo nehmen sie dabei – bezüglich positiver Veränderungen – einen Einfluss der Therapie an?

12) Wie beurteilen die ehemaligen Therapieteilnehmer ihre Erfahrungen in der Therapie?

- Welche Bedeutung sprechen die nachbefragten Personen verschiedenen Therapieerfahrungen grundsätzlich zu, und wie erlebten sie diese in der konkreten Therapie?
- Wie beurteilen sie rückblickend verschiedene Aspekte der absolvierten Therapie (Institutionskritik)?

Die empirische Untersuchung dieser Fragestellungen ist Gegenstand des Unterkapitels 5.5 des Ergebnisteils.

4. Methodik

4.1. Forschungsplan

Die vorliegende Untersuchung hat eine ausführliche Beschreibung des Rehabilitationsstatus von ehemaligen Drogenabhängigen nach einer stationären Therapie zum Ziel. Darüber hinaus will sie spezifische Chancen sowie Barrieren der Integration nach einer Therapie eruieren, dies mit besonderem Augenmerk auf Unterschiede im Rehabilitationsverlauf bei Drogenabhängigen schweizerischer bzw. ausländischer Herkunft. Der Frage nach dem Rehabilitationsverlauf in Abhängigkeit von Strukturmerkmalen der therapeutischen Einrichtungen wird dagegen im Rahmen des Schlussberichts zum Projekt Q U A F O S (Wettach et al., 2000) nachgegangen.

Zur Untersuchung der Schwerpunkte dieser Studie sind folgende Daten neu erhoben bzw. aus bestehenden Datenpools des FOS heraus verwendet worden:

- *Nachbefragungsdaten*: diese wurden 18 Monate nach Austritt der Klienten aus der Therapieeinrichtung (resp. aus der hauseigenen AWG) durch ein institutions-externes Interviewteam mittels einem standardisierten Fragebogen erhoben.
- *Daten der Eintrittsbefragung* aus der FOS-Basisdokumentation: diese wurden innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt des Klienten in die Therapieeinrichtung durch ein Teammitglied in einer persönlichen Befragung mittels einem standardisierten Fragebogen erhoben.
- *Daten der Austrittserhebung* aus der FOS-Basisdokumentation: diese wurden bei Austritt des Klienten aus der Therapieeinrichtung (resp. aus der hauseigenen AWG) durch ein Teammitglied schriftlich mittels einem standardisierten Fragebogen erfasst.

Die Grundgesamtheit der vorliegenden Untersuchung bildet sich aus allen Klienten und Klientinnen, die im Jahr 1997 aus einer der 28 an der Nachbefragungsstudie beteiligten Therapieeinrichtungen ausgetreten sind, inklusive diejenigen Personen, die ihre Therapie abgebrochen haben.

Bei der Auswertung der vorliegenden Daten in Hinsicht auf die genannten Schwerpunkte wurde wie folgt vorgegangen:

- In einem ersten Teil (5.1) wird die Gesamtheit der angestrebten nachzubefragenden Population – also sowohl die in der Nachbefragung tatsächlich erreichten als auch die „nichterreichten“ Personen (d.h. jene Personen, mit de-

nen aus verschiedenen Gründen kein Interview durchgeführt werden konnte) – hinsichtlich ihrer Lebenssituation beim Eintritt in die Therapie resp. im Jahr zuvor charakterisiert.

- In einem zweiten Teil (5.2) wird der Frage nach der Selektion der in der Nachbefragung erreichten Stichprobe nachgegangen. Hierzu werden Unterschiede zwischen den erreichten und nichterreichten Behandlungsteilnehmenden untersucht, es wird nach der Bedeutung des Therapieabbruchs für die Erreichbarkeit gefragt, und danach, ob sich die Verstorbenen von der übrigen Stichprobe unterscheiden.
- In einem dritten Teil (5.3) wird – bezogen auf die Gruppe der Nachbefragten – der Rehabilitationsstatus 18 Monate nach Austritt beschrieben.
- Teil vier (5.4) befasst sich mit der Untersuchung von Veränderungen in den untersuchten Rehabilitationsdimensionen gegenüber der Eintrittssituation.
- Schliesslich wird im letzten Teil (5.5) auf Aspekte der Selbstbeurteilung der Befragten in Bezug auf das Therapieerleben, die seit dem Austritt erlebten Veränderungen und mögliche rückfallfördernde resp. rückfallverhindernde Faktoren eingegangen.

4.1.1. Ethikbestimmungen

Die vorliegende Studie hat sich im Rahmen der Anwendungsbestimmungen zum Datenschutzgesetz zu bewegen und sich an den „Bestimmungen zur Bearbeitung von medizinischen Daten in der Forschung, Planung und Statistik“ zu orientieren (Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 1997). Es wurden Daten erhoben zu Personen, welche einen Patientenstatus aufweisen. Die Studie musste daher in ihrem Design und bezüglich der Handhabung des Datenschutzes einer Ethikkommission zur Beurteilung vorgelegt werden, was anfangs 1998 geschah. Der positive Entscheid der beurteilenden Kommission (Ethikkommission der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich) wurde im Mai 1998 bekanntgegeben (vgl. Kopie des Briefes im Anhang).

4.1.2. Teilnehmende Einrichtungen

Zur Teilnahme an der vorliegenden Nachbefragungsstudie des FOS waren Ende 1997 alle zu diesem Zeitpunkt am FOS beteiligten Einrichtungen der Deutschschweiz (n=53) eingeladen worden. Die Einrichtungen der Romandie und des Tessins konnten nicht berücksichtigt werden, da diese frühestens im Januar 1996 mit der Erfassung der Ein- und Austritte begonnen hatten. Damit wären bei diesen Einrichtungen unter den Austritten des Jahres 1997 Frühabbrüche übervertreten gewesen, was zu starken Verzerrungen geführt hätte.

Alle teilnehmenden Einrichtungen sind an der FOS-Basisdokumentation beteiligt und entsprechen deren Zielgruppe, wie sie bei Grichting et al. (Grichting et al., 1999) beschrieben ist. Dies bedeutet insbesondere, dass die Einrichtungen sich einer abstinenzorientierten Therapie verpflichtet fühlen. Im Gegensatz zu den Einrichtungen, die an der Nachbefragungsstudie von Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998) beteiligt waren, handelt es sich jedoch nicht mehr ausschliesslich um Langzeittherapien.

4.2. Stichprobenbeschreibung

4.2.1. Rekrutierung der Probanden und „Tracking“

Die nachzubefragende Jahreskohorte setzte sich aus allen 1997 aus den teilnehmenden Einrichtungen ausgetretenen Personen zusammen. Dabei wurden sowohl jene Personen berücksichtigt, die ihre Therapie regulär abgeschlossen hatten als auch jene, welche die Therapie (ev. schon nach kurzer Zeit) abgebrochen hatten. Ausserdem war bei der Rekrutierung der Probanden folgende Differenzierung massgeblich:

- In Einrichtungen *mit hauseigener Aussenwohngruppe* galt als Referenzzeitpunkt das Datum des Austritts aus der AWG. Klienten, die nicht in die hauseigene AWG übergetreten waren, wurden 18 Monate nach Austritt aus der stationären Phase bzw. nach Abbruch der Therapie nachbefragt, alle übrigen 18 Monate nach dem Austritt aus der AWG.
- In Einrichtungen *ohne hauseigene Aussenwohngruppe* galt als Referenzzeitpunkt das Datum des Austritts bzw. Abbruchs. Alle Klienten wurden 18 Monate nach Austritt aus der stationären Phase bzw. nach Abbruch der Therapie befragt.

Tracking und Interviewdurchführung erfolgten durch langjährig erfahrene Mitarbeiterinnen des Instituts für Suchtforschung. Die Befragung wurde somit von der therapeutischen Einrichtung unabhängig gestaltet, dies mit dem Ziel, Antworttendenzen (in Richtung sozialer Erwünschtheit) zu minimieren und die Daten möglichst vergleichbar zu erheben. Die *Kontaktierung* der Probanden verlief folgendermassen:

Zunächst erhielten die Therapieeinrichtungen die sogenannten Trackingblätter zu den nachzubefragenden Personen. Darauf sind aus Gründen des Datenschutzes lediglich die Probandennummer sowie Ein- und Austrittsdatum der betreffenden Person vermerkt (siehe Ansichtsexemplar im Anhang). Die Zustellung der Trackingblätter erfolgte in drei Tranchen, jeweils bezogen auf die Austritte eines Trimesters. Hatte der ehemalige Klient bei der Eintrittsbefragung eine

spätere Kontaktaufnahme nicht grundsätzlich abgelehnt, wurde in der damaligen Therapieeinrichtung das Trackingblatt ausgefüllt, d.h. die neueste(n) Kontaktadresse(n) der nachzubefragenden Person eingetragen. Das ausgefüllte Trackingblatt wurde direkt an das Interviewerinnen-Team zurückgesandt. Eine Interviewerin kontaktierte dann die nachzubefragende Person zunächst schriftlich, dann mündlich (vgl. Musterbrief sowie schematisiertes „Vorgehen bei der Kontaktaufnahme“ im Anhang).

Die Kontaktierung der nachzubefragenden Personen stellt erfahrungsgemäss einen sehr aufwendigen Arbeitsschritt dar, bei dem der Motivationsarbeit ein hoher Stellenwert zukommt. Längst nicht immer gelingt es, beim ersten oder zweiten Kontaktversuch einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Oft sind mehrere, bisweilen bis zu einem Dutzend solcher Versuche erforderlich. Falls nötig, werden auch Drittpersonen kontaktiert, sei es um den aktuellen Aufenthaltsort einer Person zu erfahren oder um zu eruieren, weshalb jemand nicht auffindbar ist.

4.2.2. Datenerhebung / Interviewführung

Konnte ein Termin für die Befragung abgemacht werden, fand das Gespräch zumeist am Wohnort der zu befragenden Person statt. Wenn diese sich zum Zeitpunkt der Nachbefragung in einer Institution (z.B. Gefängnis) befand, erfolgte die Befragung dort. Vor dem Gespräch galt es die teilnehmende Person nochmals über die Ziele der Befragung und die Datenschutzhandhabung zu orientieren und die explizite Einwilligung – den *informed consent* – zum Gespräch (auch schriftlich) einzuholen (vgl. dazu das Formular „Befragung im Rahmen des FOS – Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Einverständniserklärung“ im Anhang). *Nach* dem Interview wurde eine weitere schriftliche Bestätigung eingeholt, welche das Einverständnis mit einer allfälligen erneuten Kontaktaufnahme im Rahmen einer *späteren* Untersuchung regelt. War der Proband oder die Probandin damit einverstanden, wurde im Nachbefragungsbogen die entsprechende Kontaktadresse erfasst (vgl. Kopie des Fragebogens im Anhang).

Die Datenschutzregelung entsprach in allen weiteren Belangen (Anonymisierung der Daten auf der Ebene der Klienten sowie auf der Ebene der Einrichtungen) derjenigen im Rahmen der FOS-Basisdokumentation (Grichting et al., 1999).

Wie schon bei der Kontaktierung, kommt auch bei der *Interviewführung* der Motivationsarbeit eine zentrale Bedeutung zu. Die Motivierung der Probanden zur Mitarbeit und der Umgang mit Widerständen sind für ein gelingendes Interview entscheidend. Im Gespräch arbeiten die Interviewerin und der Proband den standardisierten Fragebogen durch, wobei sich ein Spannungsfeld eröffnet, das nicht immer als einfach erlebt wird: Unabhängig von einem positiv gestalteten

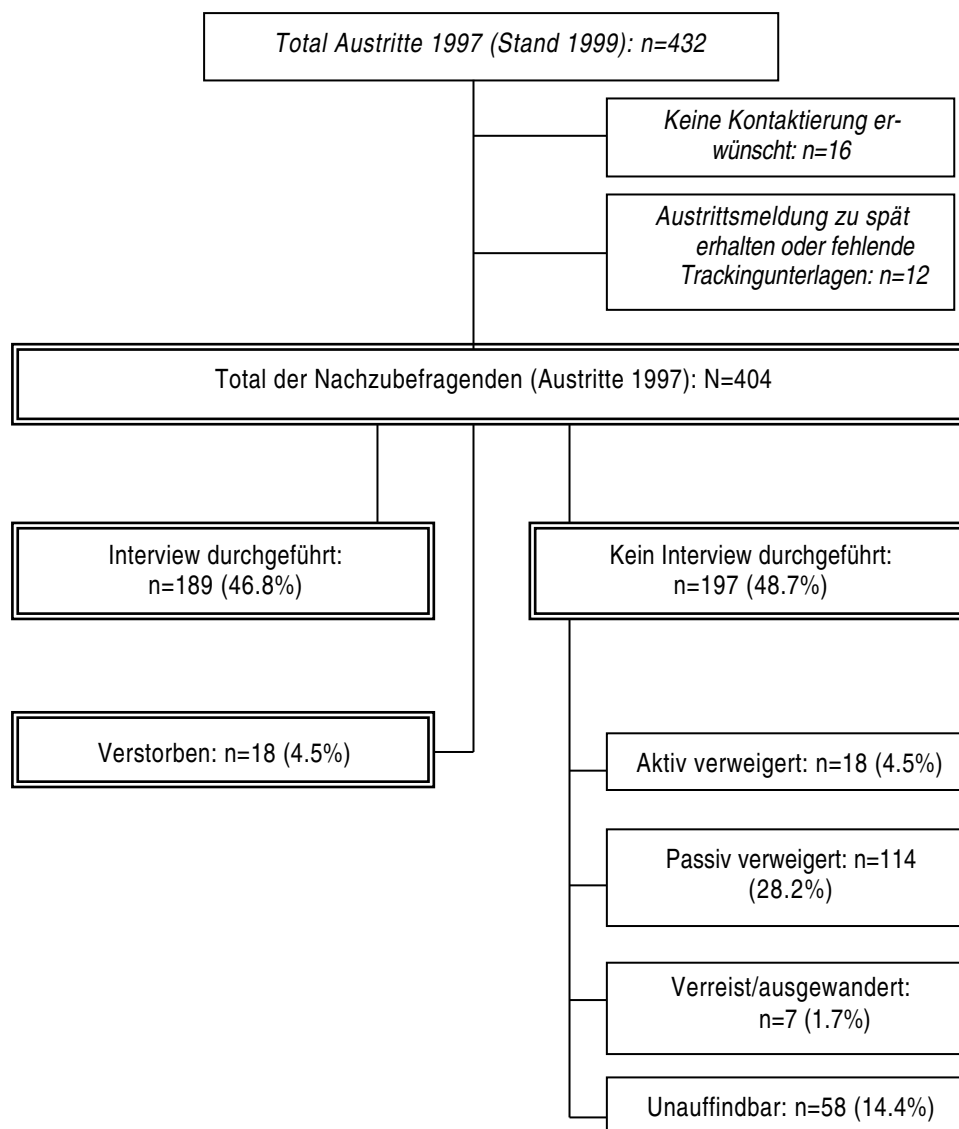
Interviewklima lässt der zeitlich begrenzte Rahmen die Vertiefung einzelner, durch die vorgegebenen Fragen evozierter Themenbereiche – die sich teilweise auf sehr persönliche Erfahrungen und Umstände beziehen – nur in begrenztem Ausmass zu. Die Interviewerinnen sind gefordert, sowohl den nötigen Raum zu gewähren als auch sich abzugrenzen, gerade wenn die Befragten einen hohen Bereitschaft zeigen, sich im Rahmen des Interviews über persönliche Dinge auszusprechen. Auch sind die Interviewerinnen bisweilen mit Menschen konfrontiert, die sich in sehr schwierigen Lebenssituationen befinden. Der Umgang mit daraus resultierenden Belastungen war ein Gegenstand der regelmässigen Besprechungen innerhalb des Interviewerinnenteams.

4.2.3. Stichprobe

4.2.3.1. Gesamtstichprobe und Erreichungsquote

Die in 4.2.1 genannten Rekrutierungsbedingungen vorausgesetzt, umfasste die angestrebte Stichprobe der für diese Untersuchung nachbefragungsrelevanten Austritte alle im Jahr 1997 aus den 28 teilnehmenden Einrichtungen ausgetretenen Personen. Deren Zahl belief sich auf 432 (Stand Mitte 1999). Von diesen 432 Personen hatten 16 bereits bei der Eintrittsbefragung eine spätere Kontakttierung im Rahmen der Nachbefragungen abgelehnt. Von weiteren 12 Personen trafen entweder die Austrittsmeldungen wesentlich verspätet ein, sodass das Tracking nicht rechtzeitig begonnen werden konnte, oder die Forschungsstelle erhielt keine Trackingunterlagen zurück. Abzüglich dieser beiden Gruppen umfasste die Stichprobe der *nachbefragungsrelevanten* Austritte noch 404 Personen. Erfahrungsgemäss kommt aber nur mit einem Teil der nachzubefragenden Personen ein Interview zustande. Abbildung 1 gibt einen Überblick zur angestrebten Gesamtstichprobe und den davon für eine Nachbefragung erreichten bzw. (aus verschiedenen Gründen) nichterreichten Personen.

Abb. 1: Überblick zur Anzahl der nachbefragten / nicht nachbefragten Personen



Wie Abbildung 1 zeigt, konnten von den für die Nachbefragung vorgesehenen 404 Personen 189 Personen (46.8%) nachbefragt werden. 18 Personen (4.5%) sind entweder zwischen dem Austritt aus der Therapie und dem Kontaktversuch oder erst während der Trackingphase verstorben, und 197 Personen (48.7%) konnten aus verschiedenen anderen Gründen nicht interviewt werden: 18 Personen (4.5%) hatten ein Interview „aktiv verweigert“ (was heisst, dass sie zwar kontaktiert werden konnten, eine Befragung jedoch ablehnten). 114 Personen (28.2%) haben ein Interview „passiv verweigert“ (was bedeutet, dass sie zwar kontaktiert werden konnten, jedoch ein Interview nicht zustande kam, weil der Gesprächstermin immer wieder verschoben werden musste, die Person nicht zu einem vereinbarten Gespräch erschienen ist, etc.). 7 Personen (1.7%) waren

nicht kontaktierbar, da sie verweist oder ausgewandert waren. 58 Personen (14.4%) waren trotz erheblicher Trackingbemühungen nicht auffindbar.

Die *Erreichungsquote* beträgt somit 46.8% bezogen auf alle Nachzubefragenden. Werden die Verstorbenen ausgeschlossen, erhöht sie sich auf 49%. Sie liegt damit unter der bisherigen durchschnittlichen Erreichungsquote im Rahmen der FOS-Nachbefragungen, welche rund zwei Drittel der nachzubefragenden Stichprobe beträgt. Diesem Umstand wird im Folgenden Rechnung getragen, indem zunächst mögliche Gründe erörtert werden und dann ausführlich überprüft wird, ob sich Selektionseffekte ergeben zwischen den für eine Nachbefragung Erreichten und den Nichterreichten (d.h. nicht Befragten) (vgl. 5.2).

4.2.3.2. Spezifika der Trackingsituation und Erreichungsquote

Welche Umstände haben dazu beigetragen, dass in der vorliegenden Untersuchung mit deutlich weniger nachzubefragenden Probanden ein Interview durchgeführt werden konnte als dies im Rahmen der FOS-Nachbefragungen bisher der Fall war? In Rücksprache mit dem Interviewerinnen-Team konnten folgende Aspekte eruiert werden, von denen ein Einfluss auf die Erreichungsquote angenommen wird:

- *Veränderter Nachbefragungszeitpunkt:* Der Zeitraum zwischen dem Austritt aus der Behandlungsinstitution und der Nachbefragung hat sich von bisher 12 Monaten erstmals auf 18 Monate verlängert. Damit erhöht sich zum einen die Wahrscheinlichkeit mehrmaliger Umzüge der Klienten im Zeitraum zwischen Austritt und Nachbefragung, wodurch es in diesen Fällen schwieriger wird, die nachzubefragende Person aufzufinden. Der ehemaligen Behandlungseinrichtung liegen zudem bisweilen keine aktuellen Informationen zum Wohnsitz der nachzubefragenden Personen mehr vor. Ebenso steigt die „Erinnerungsspanne“ an und damit die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Proband bei der Kontaktierung nicht mehr so recht an die Eintrittsbefragung erinnern kann. Wo aber der Bezug zur Eintrittserhebung nicht gelingt, ist der Sinn einer Nachbefragung kaum plausibel zu vermitteln.
- *Datenschutzbestimmungen:* Angesichts der in den letzten Jahren erfolgten starken öffentlichen Thematisierung von Fragen des Datenschutzes sowie der verstärkten Anwendungsbestimmungen zum Datenschutzgesetz fallen Informationen von Drittpersonen, wie zum Beispiel Vertreter von Sozialämtern, Beratungsstellen, Gefängnissen, oder Rechtsanwälte, Ärzte etc., welche den aktuellen Aufenthaltsort der gesuchten Person betreffen, deutlich zurückhaltender aus. So werden schriftliche Kontaktierungsversuche zwar weitergeleitet, ohne dass darüber Auskunft erteilt werden kann, ob die gesuchte Person in einer bestimmten Institution weilt oder nicht.

- „Überforschung“ der Zielgruppe: Die (ehemaligen) Klienten und Klientinnen der Suchttherapieeinrichtungen gehören einer im Rahmen von Forschung und Dokumentation „gefragten“ Zielgruppe an. Eine Übersättigung mit Anfragen für Interviews etc. begünstigt eine passive oder aktive Verweigerung.

Es ist somit von einer Kumulation verschiedener Faktoren auszugehen, die im Vergleich zu früheren FOS-Nachbefragungen zu einer geringeren Erreichungsquote beigetragen haben. Inwiefern sich daraus Konsequenzen für die Repräsentativität der Aussagen dieser Studie ergeben, wird in Abschnitt 5.2 überprüft.

4.2.3.3. Charakteristika der durchgeführten Interviews

Die Charakteristika der durchgeführten Interviews sind in Tabelle 1 zusammengestellt:

Tabelle 1: Durchgeführte Interviews

Interview durchgeführt mit	Anzahl	Prozent
... Proband/Probandin direkt	175	92.6
... Proband/Probandin telefonisch	10	5.3
... Referenzperson direkt	2	1.1
... Referenzperson telefonisch	1	0.5
... keine spezifische Angabe	1	0.5

Von den durchgeführten Interviews (n=189) wurden 175 (92.6%) mit dem Probanden oder der Probandin direkt geführt, 10 (5.3%) erfolgten telefonisch mit der zu befragenden Person, weitere 2 Interviews konnten mit einer Referenzperson direkt und 1 Interview mit einer Referenzperson telefonisch durchgeführt werden. Zu einem Interview fehlen die entsprechenden Angaben. Im Falle einer telefonischen Befragung der betroffenen Person oder einer Referenzperson, aber auch bei der direkten Befragung einer Referenzperson wurde jeweils eine Kurzversion des Nachbefragungsinterviews erhoben, welche trotz gewisser fehlender Angaben genügend Informationen enthält, um in die Auswertung einzufließen.

4.3. Instrumente

Die vorliegende Untersuchung basiert auf unterschiedlichen Datensätzen, die teilweise neu erhoben wurden (Nachbefragungsdaten), teilweise aus bestehenden Datenpools übernommen werden konnten (Eintritts- und Austrittsdaten). Die Datenerhebung erfolgte mittels folgender Instrumente:

- Die Nachbefragung der Klienten und Klientinnen erfolgte mittels einem standardisierten Fragebogen, der sich im Aufbau an den zentralen Fragestellungen dieser Studie orientiert (siehe Fragebogen im Anhang).
- Die aus der FOS-Basisdokumentation zur Verfügung stehenden Eintritts- und Austrittsdaten waren ebenfalls mit standardisierten Fragebogen erhoben worden (vgl. 4.1).

Beim Nachbefragungsbogen, der dieser Untersuchung zugrunde liegt („*Fragebogen zur Verlaufs-Dokumentation nach Austritt aus der stationären Therapie*“, Version N1.0), handelt es sich um eine gegenüber dem früher verwendeten Fragebogen überarbeitete Fassung. Diese orientiert sich weitgehend am FOS-Eintrittsbogen¹⁰, enthält aber zusätzlich teils neue, teils überarbeitete katamnese-relevante Fragen. Die Überarbeitung erfolgte in einzelnen Frageblöcken in enger Zusammenarbeit mit den bis dahin an den FOS-Nachbefragungen beteiligten Therapieeinrichtungen. Folgende Punkte seien hier speziell erwähnt:

- Die Frageblöcke „Wichtige Veränderungen 18 Monate nach der Therapie“ und „Wichtige Aspekte der Therapie“ wurden auf der Basis einer qualitativen Analyse von acht narrativen Interviews grundlegend überarbeitet. Die Interviews waren mit Klienten und Klientinnen aus zwei langjährig am FOS beteiligten stationären Therapieeinrichtungen durchgeführt worden.
- Im Frageblock „Drogenkonsum und Drogenerfahrungen“ wird erstmals im Rahmen der FOS-Nachbefragungen die persönliche Einschätzung der ehemaligen Klienten dazu erhoben, weshalb sie bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung keine harten Drogen mehr konsumiert haben resp. wieder solche gebraucht haben. Damit werden (auf quantitativer Basis) Hinweise zur Attribuiierung der Betroffenen bezüglich Rückfall resp. Nicht-Rückfall gewonnen.
- Wo angezeigt, wurden die Fragen angesichts des 18-Monate-Nachbefragungszeitraums in drei Intervalle aufgegliedert und jeweils bezogen auf die letzten sechs Monate vor dem Nachbefragungsinterview, sechs bis zwölf Monate nach Austritt sowie die ersten sechs Monate nach Austritt gestellt. Diese Gliederung in Zeitintervalle soll zum einen die Rückwärtskompatibilität der erhobenen Daten ermöglichen (die Nachbefragungen hatten bis anhin ein Jahr nach dem Austritt aus der Therapie stattgefunden) und zum andern den phasischen Verlauf der Rehabilitation nach der stationären Therapie nachzeichnen.

¹⁰ Fragebogen zur flächendeckenden Evaluation stationärer Drogeneinrichtungen in der Schweiz, Basisbogen (Version E2.1), Institut für Suchtforschung, Zürich.

4.4. Datenverarbeitung

4.4.1. Datenaufbereitung und Datenbereinigung

Die Fragebogen wurden im zentralen Register des Forschungsverbundes FOS registriert und anschliessend codiert, d.h. für die elektronische Dateneingabe vorbereitet. Dann wurden die Daten mittels einer Eingabemaske im Programm File-Maker Pro (Version 3.0) elektronisch erfasst und zur weiteren Bearbeitung ins Statistikprogramm SPSS exportiert.

Die Bereinigung der Daten erfolgte dann in mehreren Schritten, welche die üblichen Plausibilitätsprüfungen umfassten. Im Anschluss an die Datenbereinigung wurde das Gesamtfile für die Auswertung erstellt, welches neben den Nachbefragungsdaten auch die Ein- und Austrittsdaten der nachbefragten Personen aus der FOS-Basisdokumentation enthält.

4.4.2. Operationalisierung

Gemäss den in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen werden in der empirischen Analyse folgende Bereiche ausgewählt und sowohl für die Eintrittssituation als auch für die Nachbefragungssituation vertieft betrachtet: „strukturelle Integration“, „Desintegration und Marginalisierung“ sowie „Muster des Drogengebrauchs“. In Bezug auf die Operationalisierung dieser Bereiche wird hier lediglich ein kurzer Überblick zu den verwendeten Indikatoren gegeben. Detaillierte Angaben sind den Ergebniskapiteln 5.1 (Clusterbildung für die Beschreibung der Eintrittssituation) sowie 5.3 (Clusterbildung für die Beschreibung der Nachbefragungssituation) zu entnehmen. Eine ausführliche Übersicht zu den Operationalisierungen findet sich zudem im Anhang.

In die einzelnen untersuchten Bereiche fliessen folgende Informationen ein:

- *Strukturelle Integration*: Dieser Bereich, welcher die Teilnahme an kulturellen und ökonomischen Ressourcen innerhalb der konventionellen Felder widerspiegelt, wird operationalisiert durch die Wohnsituation, die Arbeitssituation und die finanzielle Lage.
- *Desintegration und Marginalisierung*: Als Indikatoren dieser Dimension gelten die Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise sowie Kontakte zum Polizei- und Justizapparat in Form von Verurteilungen in der Biographie. In die Cluster bezüglich der Eintrittssituation finden auch illegale und semilegale Aktivitäten Eingang.
- *Muster des Drogengebrauchs*: Diese werden bezogen auf den Konsum von Heroin und Kokain (bei Eintritt auch Cocktails) gemessen; für die Clusterbil-

derung bezüglich der Eintrittssituation wird auch die „Karrieredauer“ (Dauer des bisherigen Heroinkonsums) berücksichtigt.

Die untersuchten verlaufsbeeinflussenden Merkmale werden hinsichtlich ihrer Operationalisierung ebenfalls im Ergebniskapitel 5.1 eingeführt bzw. im Anhang detailliert beschrieben.

In Bezug auf die Untersuchung der subjektiven Attribuierung von Erfolg und Misserfolg sowie der rückblickenden Therapiebeurteilung kann auf das Ergebniskapitel 5.5 verwiesen werden; wiederum als Übersicht sei hier auf die jeweils berücksichtigten Indikatoren kurz verwiesen:

- *Attribuierung Erfolg/Misserfolg:* Als Erfolgs-/Misserfolgsdimension wird der Konsum resp. die Abstinenz vom Konsum harter illegaler Drogen (Heroin, Kokain) berücksichtigt. Persönliche Begründungen und Motivationen, welche für den erneuten Konsum von Drogen bzw. für ein „Leben ohne Drogen“ bedeutsam sind, werden bezüglich verschiedener Lebensbereiche wie die soziale Integration, die Arbeit, das Wohnen etc. erhoben. Daneben werden weitere Aspekte wie psychosoziale Probleme, persönliche Sinnsuche, etc. einbezogen.
- *Wichtige Veränderungen nach der Therapie:* Darunter fällt die Eigenwahrnehmung persönlicher Ressourcen, wie Kontakt-, Problem-, Entscheidungs- und Kritikfähigkeit. Des weiteren das Selbstbild überhaupt, sowie die Eigenwahrnehmung der Lebenssituation in den Bereichen soziale Kontakte zu Familie und Bekannten, Wohnen, Arbeiten, Freizeitgestaltung. Daneben wird auch nach der Einstellung zu einem Leben ohne Drogengebrauch gefragt.
- *Wichtige Aspekte der Therapie:* Für diese Dimension werden die Erfahrungen der Betroffenen – auch unter den Aspekten des Lernens und des wahrgenommenen Nutzens – einbezogen. Dabei wird die Therapieerfahrung bewertet und ihr Einfluss auf die Zeit danach eingeschätzt.

4.4.3. Datenauswertung

Die Datenauswertung im folgenden Bericht erfolgt auf zwei Ebenen:

- Die meisten theoretischen Begriffe sind mit mehreren Indikatoren operationalisiert. Demzufolge müssen Indexe gebildet werden. In diesem Zusammenhang werden Datenreduktionsverfahren angewendet.
- Die Darstellung der Lebenssituation der Therapieabgänger wird separat für verschiedene Gruppen aufgezeigt. Die Unterschiede werden mit Hilfe von Zusammenhangsanalysen veranschaulicht. Für die Darstellungen der Veränderungen über die Zeit werden geeignete Methoden für Mehrfelderkontingenztabellen eingesetzt.

4.4.3.1. Datenreduktionsverfahren

Clusteranalyse

Die Clusteranalyse ist ein heuristisches Verfahren zur systematischen Klassifizierung der Objekte einer gegebenen Objektmenge. Die Clustertechniken eignen sich besonders gut für die Gruppierung von Personen entsprechend der Ähnlichkeiten bzw. der Unähnlichkeiten ihrer Merkmalsprofile.

Die Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit von Objekten ist auf der Basis von Merkmalen definierbar, die an allen zu gruppierenden Objekten erhoben werden. Die Auswahl der Merkmale entscheidet damit über das Ergebnis der Clusteranalyse und sollte durch sorgfältige inhaltliche Überlegungen begründet sein. Auf der Basis von Ähnlichkeiten (oder Unähnlichkeiten) gruppieren clusteranalytische Verfahren die Objekte so, dass die Unterschiede der Objekte innerhalb eines Clusters möglichst klein, die Unterschiede zwischen den Clustern möglichst gross sind.

Eine Schwäche der clusteranalytischen Verfahren liegt darin, dass sie ausgehend von einer Zufallskonfiguration zu Beginn iterativ arbeiten. Diese Zufallskonfiguration kann die Resultate beeinflussen. Das Problem wurde in der vorliegenden Studie umgangen, indem mehrere Clusteranalysen hierarchisch hintereinander durchgeführt wurden, wobei die Clusterlösung der vorangehenden Analyse die Anfangskonfiguration der anschliessenden Analysen bestimmte. Mit diesem Verfahren wurde die bestmögliche Clusterlösung, die sich mit unterschiedlichen Anfangskonfigurationen reproduzieren liess, identifiziert (Bortz, 1993).

Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist das klassische Verfahren in der Psychometrie, welches zur Skalenbildung verwendet wird. Wird eine Faktorenanalyse durchgeführt, können Variablen gemäss ihrer korrelativen Beziehungen voneinander unabhängiger Gruppen klassifiziert werden. Indexzahlen, sogenannte Faktorenladungen, informieren darüber, wie gut eine Variable zu einer Variablengruppe passt. Durch die Faktorenanalyse wird dem Variablengeflecht eine Ordnung unterlegt, aus der sich die angetroffene Konstellation der Variablen in der Korrelation erklären lässt (Bortz, 1993). Somit ist die Faktorenanalyse ein klassisches, datenreduzierendes Verfahren.

Die Faktorenanalyse wurde in der vorliegenden Studie als ein heuristisches Verfahren eingesetzt. Für die Skalenbildung basierend auf der "optimalen" Faktorenlösung wurden die Items entsprechend ihrer Faktorenladungen aufsummiert und auf die Anzahl der beantworteten Items standardisiert. Für die Reliabi-

litätsschätzung der so gewonnenen Skalen wurde die Prozedur "Reliability" (SPSS für Windows, Version 8) berechnet.

4.4.3.2. Zusammenhangsanalysen

Odds-Ratio als Zusammenhangsmass

Unter einem Odds-Ratio versteht man den Quotienten der Häufigkeit zweier Kategorien einer Variablen. Werden die Odds-Ratios für eine bestimmte Kategorie einer zweiten Variable gerechnet, bezeichnet man sie als konditionale Odds-Ratios. Der Quotient zweier konditionaler Odds-Ratios wird Odds-Ratio zweiter Ordnung genannt. Konditionale Odds-Ratios haben folgende Eigenschaften (Binder, 1979):

- Bei der Unabhängigkeit der Items nehmen sie den Wert 1 ein.
- Beim Vertauschen von Zeilen und Kolonnen einer Kontingenztafel bleiben sie invariant.
- Beim Vertauschen von zwei Kategorien innerhalb einer Variablen nehmen sie einen reversiblen Wert an.
- Sie bleiben konstant bei Zeilen- und Kolonnen-Multiplikationen.
- Ihr Wert ist unabhängig von den zu vergleichenden Gruppengrößen.

Wegen ihrer Verteilungsunabhängigkeit eignet sich die „Odds-Ratio“-Methode besonders gut für die Analyse der Unterschiede bei verschiedenen grossen Gruppen (Bishop, Fienberg, & Holland, 1995).

Im vorliegenden Bericht wurden die Zusammenhänge der soziodemographischen, soziokulturellen und Therapieverlaufsmerkmale mit der Eintrittssituation bzw. Rehabilitation der befragten Therapieabgänger mit Hilfe der Odds-Ratio-Methode analysiert. Es wurden jeweils konditionale Odds-Ratios pro Kategorie der unabhängigen Variablen gerechnet. Die entsprechenden Werte können wie folgt interpretiert werden:

- Ein konditionales Odds-Ratio grösser als 1 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit der entsprechenden Kategorie der abhängigen Variable für Personen mit dem entsprechenden Wert in der unabhängigen Variable grösser ist als in der Gesamtstichprobe. Ein konditionales Odds-Ratio kleiner als 1 bedeutet umgekehrt eine tiefere Wahrscheinlichkeit.
- Falls der Wert 1 nicht innerhalb des 95%-Konfidenzintervalles für ein konditionales Odds-Ratio liegt, unterscheidet sich die Wahrscheinlichkeit der entsprechenden Kategorienkombination auf dem 5%-Niveau signifikant von der entsprechenden Wahrscheinlichkeit in der Gesamtstichprobe.

Log-lineare Modelle und Logit-Regression

Die Methode der log-linearen Modelle entspricht einer Analyse mehrdimensionaler Kontingenztafeln. Sie versucht Korrelationen und Interaktionen höherer Ordnung zu identifizieren und in ihrer relativen Stärke abzuschätzen (Binder, 1979; Norusis, 1994). Log-lineare Modelle gehen von den drei Grundbegriffen Odds-Ratio, Effekte und Modell aus.

Die Effekte werden als natürliche Logarithmen der Odds-Ratios der entsprechenden Zellen (bzw. Kategorienkombinationen) wiedergegeben. Die Werte der Effektparameter variieren zwischen -1 und +1. Ein negativer Wert bedeutet, dass die entsprechende Kategorienkombination seltener als auf der Basis der Randverteilungen erwartet vorkommt. Bei einem positiven Wert trifft die Kombination häufiger als erwartet zu. Liegt kein entsprechender "Zelleneffekt" vor, nimmt der Parameter den Wert 0 an. Auf Basis der einzelnen Effektparameter, die für jede im Modell eingeschlossene Kategorienkombination berechnet werden, können Aussagen über kategorisenspezifische multivariate Zusammenhänge gemacht werden.

Logit-Regression ist nun ein Sonderfall in der Analyse der loglinearen Modelle und bezieht sich auf den Fall mit einer abhängigen Variable und mehreren unabhängigen Variablen. Bei diesem Modell (Logit-Modell) sind nur die Beziehungen der abhängigen Variablen mit den unabhängigen Variablen von Interesse. Dieser Spezialfall weist grosse Analogie zur multiplen Regression auf, und die einzelnen Effektparameter können analog zu den unstandardisierten Regressionskoeffizienten in einer Dummy-Regressionsgleichung interpretiert werden.

Modelle sind Gleichungen, welche alle theoretisch interessanten Effekte beinhalten. Ausgehend vom Ziel, mit der Methode der log-linearen Modelle vom Konzept des „Odds-Ratio“ her die Varianz der Zellenhäufigkeiten in einer mehrdimensionalen Kontingenztafel zu erklären, wird das statistisch relevante Modell wie folgt gebildet: es wird ein theoretisch erwartetes Modell definiert und durch das Ein- und Ausführen von Effekten optimiert. Das optimale Modell ist nun ein Modell, das nicht signifikant von den beobachteten Daten abweicht; dies bei einer möglichst einfachen Form und guter theoretischer Interpretierbarkeit.

Die Analyse der Veränderungen am Likelihood ratio χ^2 ermöglicht die Identifizierung der statistisch signifikanten Interaktionseffekte im Modell.

Pro Drei-Weg-Tabelle werden jeweils die Signifikanzen der Effektparameter und der Mehrweg-Interaktionen ausgewiesen. Bei den Effektparametern bedeuten die nach oben bzw. nach unten gerichteten Pfeile, dass die Wahrscheinlichkeit für das Vorkommen der entsprechenden Wertekombination signifikant höher bzw. tiefer liegt als die entsprechende Wahrscheinlichkeit ohne Berücksichtigung der unabhängigen Variablen.

5. Ergebnisse

5.1. Lebenssituation beim Therapieeintritt

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Lebenssituation der Drogengebrauchenden, die in eine abstinenzorientierte therapeutische Einrichtung eingetreten sind, im Jahr vor dem Therapiebeginn¹¹. In einem ersten Schritt werden die Dimensionen der sozialen Integration und Desintegration sowie die Muster des Drogenkonsums beschrieben. Anschliessend wird aufgezeigt, inwiefern die typischen Merkmale der Lebenssituation und des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt nach soziodemographischen Merkmalen unterschiedlich ausfallen. Besondere Aufmerksamkeit wird in einem weiteren Abschnitt der Frage nach Unterschieden in der Integration und Desintegration sowie in den Mustern des Drogengebrauchs bei Drogengebrauchenden schweizerischer bzw. ausländischer Herkunft gewidmet. Der letzte Abschnitt befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen Integrations- und Desintegrationsmerkmalen sowie den Mustern des Drogenkonsums beim Eintritt und ausgewählten Therapiemerkmalen wie Freiwilligkeit des Eintritts, Therapiedauer und Modus des Austritts.

5.1.1. Merkmale der Eintrittssituation

Die Lebenssituation der Drogengebrauchenden kann auf der Basis ihrer strukturellen Integration, ihrer Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen sowie der Delinquenz beschrieben werden. Die benutzten Drogen und deren Kombinationen stellen ein weiteres Charakteristikum dar. Im Folgenden werden typische Muster dieser Merkmalskombinationen bei Eintretenden in eine abstinenzorientierte Therapie mit Hilfe einer Clusteranalyse eruiert und beschrieben.

5.1.1.1. Strukturelle Integration

Die strukturelle Integration der Drogengebraucher in der aktiven Phase ihrer Drogenlaufbahn spiegelt die Fähigkeit der Betroffenen wider, soziale Ressourcen innerhalb konventioneller gesellschaftlicher Strukturen aufrecht zu erhalten und zu mobilisieren. Wichtige Merkmale der strukturellen Integration sind eine befriedigende Wohnsituation und eine Arbeitsstelle, die eine mindestens teilweise finanzielle Autonomie gewährleistet. Zudem ist von Bedeutung, inwiefern die

¹¹ Berücksichtigt wird dabei jeweils der Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Entzugsbehandlung, die dem Eintritt in die stationäre abstinenzorientierte Therapie vorangegangen ist. Der Einfachheit halber wird von „Therapieeintritt“ gesprochen.

Betroffenen auf andere finanzielle Quellen, wie zum Beispiel soziale Unterstützung und/oder Unterstützung durch Familienangehörige, zurückgreifen können.

Da diese Teilbereiche der strukturellen Integration im Fragebogen durch mehrere Einzelindikatoren erfasst werden, wird in einem ersten Schritt eine Typologisierung durchgeführt.

Wohnsituation

Eine stabile Wohnsituation ist für das soziale Handeln innerhalb der konventionellen Strukturen sehr wichtig. Langjähriger Drogengebrauch wiederum führt häufig zu entsprechenden Defiziten. Wichtige Indikatoren der Wohnsituation sind:

- *Integriertheit und Autonomie:* Eine Wohnsituation wird dann als integriert bezeichnet, wenn sie den für die Mehrheit üblichen Wohnformen entspricht. In der vorliegenden Analyse gilt dies für das Wohnen in einer eigenen oder in der elterlichen Wohnung. Als nicht integrierte Wohnformen gelten das Wohnen in Institutionen oder Provisorien inkl. Untermiete oder Hotelzimmer sowie Obdachlosigkeit. Die Autonomie wird dadurch charakterisiert, inwiefern die Selbstbestimmung des Einzelnen bezüglich seiner Handlungen in seinem Wohnstil gewährleistet ist. Autonome Wohnsituationen sind das Wohnen in einer eigenen Wohnung oder in nicht institutionellen Provisorien. Hingegen beschreiben das Wohnen in Institutionen wie auch in der elterlichen Wohnung nicht autonome Wohnsituationen.
- *Wohnpartner:* Ein wichtiges Charakteristikum der Wohnsituation ist die Frage, ob jemand alleine oder mit anderen zusammenwohnt. In der vorliegenden Analyse wird vor allem nach dem Zusammenleben mit einem Partner oder den Eltern gefragt.

Wenn rückwirkend die Wohnsituation der letzten 12 Monate erfragt wird, muss berücksichtigt werden, dass während dieser Zeit auch verschiedene Wohnkonstellationen möglich waren. Deshalb wurde in der Eintrittsbefragung nicht nur nach den verschiedenen Wohnformen gefragt, sondern auch danach, ob jeweils die „ganze Zeit“, die „meiste Zeit“ oder „zeitweise“ in der entsprechenden Form gewohnt wurde. Die verschiedenen Indikatoren der Wohnsituation wurden mit Hilfe einer Clusteranalyse typologisiert, wobei zwei Cluster, die unterschiedliche Wohnkonstellationen widerspiegeln, identifiziert werden konnten (Tabelle 2).

Tabelle 2 Klassifikation der Wohnsituation beim Eintritt (Cluster Centers)

	Cluster 1	Cluster 2
wohnt integriert ganze/ meiste Zeit	2.00	1.12
wohnt integriert zeitweise	1.39	2.00
wohnt mit Partner ganze/ meiste Zeit	1.91	1.84
wohnt mit Partner zeitweise	1.84	1.90
wohnt mit Eltern/ Verwandten ganze/ meiste Zeit	1.97	1.74
wohnt mit Eltern/ Verwandten zeitweise	1.52	1.91
wohnt autonom ganze/ meiste Zeit	1.89	1.00
wohnt autonom zeitweise	1.36	1.85

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Desintegriertes Wohnen (Cluster 1, n=143)*: Personen in dieser Kategorie wohnten zwar zeitweise integriert, niemand tat dies jedoch die ganze oder die meiste Zeit. Knapp die Hälfte dieser Personen wohnten zeitweise mit den Eltern oder Verwandten. Der grösste Teil lebte zudem zeitweise autonom.
- *Integriertes/autonomes Wohnen (Cluster 2, n=261)*. Zu dieser Kategorie gehören Befragte, die im Jahr vor ihrem Therapieeintritt die ganze oder die meiste Zeit autonom und integriert gewohnt hatten. Nur wenige davon hatten zusammen mit den Eltern oder Verwandten gewohnt.

Wohnen mit dem Partner kommt in den beiden Kategorien nur selten vor.

Die Diskriminanzanalyse ergab eine Klassifizierung von 100% der Befragten.

Arbeitssituation

Für die strukturelle Integration ist Arbeit in zweierlei Hinsicht wichtig. Sie gewährleistet einerseits ein regelmässiges Einkommen, welches den Zugang zu weiteren gesellschaftlichen Ressourcen eröffnet. Andererseits ist die Arbeit ein wichtiger Bestandteil der sozialen Identität des modernen Menschen. Wichtige Indikatoren der Arbeitssituation sind:

- *Der Umfang der Beschäftigung*: Für den Beschäftigungsumfang wurde zwischen Vollzeit-, Teilzeit- und Gelegenheitsarbeit unterschieden. Zusätzlich war wichtig, inwiefern die Berufstätigkeit in der Wahrnehmung der Befragten einen relevanten Beitrag zum Lebensunterhalt lieferte.
- *Die Aktualität der Berufstätigkeit*: Unter dieser Dimension wurde gefragt, wie lange die letzte Berufstätigkeit bereits zurücklag und wann zuletzt gearbeitet worden war.

In der Analyse wurde analog zur Wohnsituation zwischen zeitweisen Beschäftigungsformen und solchen, die über die meiste Zeit andauerten, unterschieden.

Mittels Clusteranalyse konnten zwei typische Muster der Arbeitssituation eruiert werden (Tabelle 3).

Tabelle 3 Klassifikation der Arbeitssituation beim Eintritt (Cluster Centers)

	Cluster 1	Cluster 2
Vollzeitarbeit ganze / meiste Zeit	1.57	1.99
Vollzeitarbeit zeitweise	1.72	1.99
Teilzeitarbeit ganze / meiste Zeit	1.93	2.00
Teilzeitarbeit zeitweise	1.95	1.97
mind. zeitweise gelebt von Hauptberuf	1.16	1.97
mind. zeitweise gelebt von Gelegenheitsarbeit	1.84	1.93
mehr als 12 Monate ohne Arbeit	2.00	1.05
Gelegenheitsarbeit ganze / meiste Zeit	1.94	1.99
mindestens tageweise gearbeitet	1.00	2.00

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Mit einem Fuss in der Arbeitswelt (Cluster 1, n=228):* Alle Personen in dieser Gruppe hatten in den letzten 12 Monaten tageweise gearbeitet. Etwa die Hälfte ging dabei auch einer Vollzeitarbeit nach und die meisten haben somit den Lebensunterhalt (mindestens teilweise) durch die Einkünfte aus dem Hauptberuf finanzieren können.
- *Ausserhalb des Arbeitsmarktes (Cluster 2, n=176):* Personen dieser Kategorie hatten im Jahr vor dem Eintritt keine regelmässige Beschäftigung. Die meisten von ihnen waren bereits seit über 12 Monaten ohne Arbeit. Dementsprechend konnten sie ihren Lebensunterhalt nicht durch ihr Arbeitseinkommen finanzieren.

Die entsprechende Diskriminanzanalyse konnte 100% der Betroffenen innerhalb dieser Typologie richtig klassifizieren.

Finanzielle Abhängigkeiten

Angesichts der mindestens zeitweise fehlenden beruflichen Integration der Drogengebraucher im Jahr vor dem Eintritt stellt sich die Frage, inwieweit sie über andere konventionelle Quellen der Finanzierung des Lebensunterhaltes verfügten. Als solche Quellen werden hier die Unterstützung durch soziale Beziehungspartner (Eltern, Lebenspartner oder Bekannte) und staatliche Unterstützungsformen wie finanzielle Unterstützung durch das Sozialamt, die Arbeitslosenversicherung oder die Rentenversicherung betrachtet.

In der Befragung wurden solche Unterstützungsquellen mit der Frage nach den verschiedenen Formen der Finanzierung des Lebensunterhalts im Jahr vor dem Therapieeintritt erfasst. Analog zu anderen Lebensbereichen wurde zwischen zeitweisen und über das ganze Jahr andauernden Geldbeschaffungsmodalitäten unterschieden. In der entsprechenden Clusteranalyse konnten drei typische Konstellationen finanzieller Abhängigkeiten eruiert werden (Tabelle 4).

Tabelle 4 Klassifikation der finanziellen Abhängigkeiten beim Eintritt (Cluster Centers)

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
unterstützt von Familie mindestens zeitweise	2.00	1.69	1.00
unterstützt von Partner mindestens zeitweise	1.90	1.78	1.79
unterstützt von Bekannten mindestens zeitweise	1.87	1.73	1.69
unterstützt von Sozialamt mindestens zeitweise	2.00	1.00	2.00
unterstützt von Arbeitslosenamt mindestens zeitweise	1.74	1.78	1.80

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Finanziell autonom (Cluster 1, n=158)*: Die Befragten in dieser Kategorie waren im Jahr vor ihrem Therapieeintritt in der Finanzierung ihres Lebensunterhaltes weitgehend unabhängig von staatlichen und privaten Unterstützungsquellen.
- *Unterstützt durch das Sozialamt (Cluster 2, n=147)*: Alle Drogengebraucher in dieser Gruppe haben im Jahr vor ihrem Therapieeintritt mindestens zeitweise Gelder von der staatlichen Sozialhilfe bezogen. Einige wenige wurden zeitweise zusätzlich durch ihre Familie oder andere Bezugspersonen finanziell unterstützt.
- *Private Unterstützung (Cluster 3, n=70)*: Diese Kategorie ist durch eine familiäre finanzielle Unterstützung charakterisiert. Ein Teil der Betroffenen erhielt zudem von ihren Bekannten und/oder ihrem Partner zeitweise finanzielle Hilfe.

Die Diskriminanzanalyse ermittelte eine Klassifizierung von 62% der Befragten.

5.1.1.2. Desintegration und Marginalisierung

Der Gebrauch illegaler Drogen mündet für die Betroffenen häufig in die Notwendigkeit, soziale Aktivitäten ausserhalb der konventionellen gesellschaftlichen Bereiche zu entfalten. Für die Drogenbeschaffung müssen Kontakte mit sozialen Gruppierungen, welche Drogen vermitteln und gebrauchen, aufgenommen werden. Zudem sind illegale Aktivitäten für viele die einzige Methode, den Drogengebrauch zu finanzieren. Parallel dazu werden soziale Beziehungen innerhalb

konventioneller gesellschaftlicher Bereiche abgebaut. Wichtige Merkmale der daraus folgenden Desintegration und Marginalisierung zeigen sich in der Verankerung innerhalb der drogenbenützenden Kreise, in illegalen Tätigkeiten und deren Folgen in Form von gerichtlichen Verurteilungen, sowie in den Mustern des Drogengebrauchs.

Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise

Wichtige Indikatoren der Verankerung innerhalb der drogenkonsumierenden Gruppierungen sind:

- *Häufigkeit der Kontakte mit drogengebrauchenden Freunden und Kollegen:* Häufige Kontakte mit drogengebrauchenden Freunden und Kollegen spiegeln die Verlagerung sozialer Kontakte in Bereiche, in welchen Drogen zum Alltag gehören, wider. Dadurch bestimmen die Drogen zunehmend die soziale Realität und die sozialen Aktivitäten der Betroffenen - dies auch unabhängig von Momenten der aktiven Drogeneinnahme.
- *Drogengebrauch in der Partnerschaft:* Ein besonderer Aspekt solcher Kontakte ist das Vorhandensein eines drogenabhängigen Partners. Es kann angenommen werden, dass in Partnerschaften, in welchen beide Partner Drogen gebrauchen, die Drogen in besonders ausgeprägter Weise einen integralen Bestandteil des Alltags bilden.
- *Semilegale Aktivitäten:* Drogengebrauch und -beschaffung gehen mit unterschiedlichen Aktivitäten ausserhalb traditioneller sozialer Strukturen einher. Ein grosser Teil davon sind im eigentlichen Sinne des Gesetzes nicht illegal, verstossen jedoch gegen konventionelle Regelsysteme. In der vorliegenden Studie werden Prostitution, Betteln und Mischeln als semilegale Aktivitäten in die Analyse einbezogen.
- *Illegale Aktivitäten:* Zusätzlich werden aber auch die verschiedenen Formen der Beschaffungskriminalität und insbesondere die Teilnahme am Drogenhandel berücksichtigt.

Die typischen Muster einer solchen subkulturellen Verankerung wurden wiederum mit Hilfe der Clusteranalyse ermittelt. Es konnten drei typische Konstellationen identifiziert werden (Tabelle 5).

Tabelle 5 *Klassifikation der Verankerung in drogenbenützenden Kreisen beim Eintritt (Cluster Centers)*

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
gelegentliche Kontakte in der Drogenszene	2.00	1.63	2.00
(fast) tägliche Kontakte in der Drogenszene	1.00	2.00	1.23
drogenbenutzender Partner	1.97	1.94	1.89
von illegalen Aktivitäten mindestens zeitweise gelebt	1.16	1.39	1.08
von Prostitution mindestens zeitweise gelebt	1.96	1.94	1.82
von Mischeln oder Betteln mindestens zeitweise gelebt	2.00	1.99	1.00

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Die „Illegalen“ (Cluster 1, n=230):* Alle Personen dieser Kategorie hatten (fast) täglich Kontakte mit drogengebrauchenden Freunden und Kollegen. Die meisten von ihnen lebten mindestens zeitweise von illegalen Aktivitäten. Keine dieser Personen erzielte ein Einkommen durch Mischeln oder Betteln.
- *Die „Legalen“ (Cluster 2, n=99):* Einige der Betroffenen in dieser Kategorie hatten zwar gelegentlich Kontakt mit Personen innerhalb der Drogenszene und etwa 60% lebten mindestens teilweise von illegalen Aktivitäten. Jedoch zeichnen sie sich gesamthaft durch eine weniger umfassende Verankerung in der Drogenszene aus als die Personen in der ersten oder der dritten Kategorie.
- *Szene als Heimat (Cluster 3, n=75):* Praktisch alle Personen dieser Gruppe hatten mit Mischeln oder Betteln zu ihrem Lebensunterhalt beigetragen. Sie lebten zudem mindestens zeitweise von illegalen Aktivitäten. Ein Grossteil der Personen hatte zudem (fast) tägliche Kontakte in der Drogenszene.

Die Diskriminanzanalyse zeigt, dass 99.7% der Personen richtig klassifiziert werden konnten.

Verurteilungen in der Biographie

Neben der aktuellen Verankerung innerhalb der Drogenszene sind frühere Kontakte mit dem Justizsystem ein wichtiger Indikator der sozialen Marginalisierung. Die meisten Drogengebraucher geraten während ihrer Drogenlaufbahn mit dem Justizsystem in Kontakt. Da der Drogengebrauch an sich bereits illegal ist, ist das Risiko, gerichtlich erfasst zu werden, sehr hoch. Aus diesem Merkmalskomplex werden in der folgenden Analyse „Anzahl der Verurteilungen vor und nach dem Beginn mit harten Drogen“ und „Gründe der Verurteilungen“ berücksichtigt. In Bezug auf die Gründe wird zwischen den Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz und übrigen Vergehen unterschieden.

Auf der Basis entsprechender Indikatoren wurde eine Clusteranalyse durchgeführt, um typische Muster bei Eintritt in eine therapeutische Gemeinschaft beschreiben zu können. Es konnten drei Cluster eruiert werden (Tabelle 6).

Tabelle 6 Klassifikation der Verurteilungen in der Biographie (Cluster Centers)

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
mindestens eine Verurteilung in der Biographie	1.00	1.00	1.89
mehr als drei Verurteilungen seit dem Beginn der Drogenlaufbahn	1.99	2.00	2.00
Grund Verurteilung: Handel/ Transport	1.00	2.00	2.00
Grund Verurteilung: Konsum/ Besitz	1.05	1.36	2.00
Grund Verurteilung: Diebstahl, Sachbeschädigung	1.28	1.28	2.00
Grund Verurteilung: Raub, Gewaltdelikte	1.68	1.73	2.00

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Umfassend Vorbestrafte (Cluster 1, n=165):* Alle Betroffenen dieser Kategorie weisen Verurteilungen in ihrer Biographie auf. Bei allen Personen stehen die Verurteilungen im Zusammenhang mit Drogenhandel und/oder Transport von Drogen sowie (bei fast allen Personen) mit Drogenkonsum und/oder -besitz. Etwa 80% der Personen dieser Gruppe weisen zudem Verurteilungen infolge Beschaffungskriminalität wie Diebstahl u. ä. auf. Raub und Gewaltdelikte kommen eher selten vor.
- *Kleinkriminelle (Cluster 2, n=115):* Auch in dieser Gruppe verzeichnen alle Betroffenen Verurteilungen in ihrer Biographie. Bei niemandem betreffen die Verurteilungen jedoch Drogenhandel und/oder -transport. Etwa zwei Drittel waren wegen Konsum und/oder Besitz von Drogen belangt worden, und rund 70% verzeichneten Delikte im Bereich verschiedener Formen der Beschaffungskriminalität.
- *Kaum Verurteilungen (Cluster 3, n=124):* Nur ein äusserst geringer Teil der Befragten dieser Gruppe weisen überhaupt Verurteilungen auf, während die meisten dieser Personen nie verurteilt worden sind. Niemand von den Verurteilten gibt zudem spezifische Gründe für die Verurteilungen an.

In der entsprechenden Diskriminanzanalyse konnten 75% der Befragten innerhalb dieser Typologie richtig klassifiziert werden.

5.1.1.3. Muster des Drogengebrauchs

Drogen sind im Leben der drogengebrauchenden Menschen von zentraler Bedeutung. Dabei ist der gleichzeitige Gebrauch mehrerer Drogen sehr verbreitet. Mehrfachgebrauch bedeutet häufig bewusstes Mischen von verschiedenen

Substanzen, um eine bessere Wirkung zu erzielen. Im Bedarfsfall können die Drogen einander aber auch ersetzen. In der vorliegenden Studie wird analysiert, inwiefern systematische Gebrauchsmuster beobachtet werden können. Berücksichtigt werden die unter den schweizerischen Drogengebern verbreiteten Substanzen Heroin, Kokain und Cocktails. Im Eintrittsinterview wurde danach gefragt, ob diese Substanzen im Jahr vor dem Eintritt täglich, gelegentlich oder gar nicht konsumiert worden waren. Bezüglich Heroin und Kokain wurde auch danach gefragt, ob sie gemeinsam in Form eines Cocktails gebraucht wurden. In der vorliegenden Klassifikation wird der *tägliche* Gebrauch ins Zentrum gestellt. Die Dauer des Heroinkonsums wird als ein zusätzliches Merkmal des Drogengebrauchs einbezogen. Dabei wird zwischen einer Dauer des täglichen Gebrauchs von mehr als fünf oder weniger als fünf Jahren unterschieden. In einer entsprechenden Clusteranalyse konnten drei Cluster eruiert werden (Tabelle 7).

Tabelle 7 Klassifikation der Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt (Cluster Centers)

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
langjährige Heroinkonsumenten	1.21	1.40	1.55
Heroingebrauch	1.01	2.00	1.00
Kokaingebrauch	1.05	1.95	1.93
Cocktailgebrauch	1.13	1.97	1.98

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Hard-Core-Gebraucher (Cluster 1, n=109)*: Die meisten Befragten in dieser Gruppe gebrauchten Heroin bereits seit mehr als fünf Jahren („langjährige Heroinkonsumenten“). Der grösste Teil berichtete zudem über täglichen Heroin-, Kokain- und Cocktailgebrauch.
- *Ohne täglichen Gebrauch (Cluster 2, n=93)*: Etwa zwei Drittel der Personen in dieser Kategorie konsumierten Heroin seit mehr als fünf Jahren. Die meisten wiesen jedoch im Jahr vor dem Therapieeintritt keinen täglichen Heroingebrauch auf. Zudem nahmen die meisten von ihnen weder Kokain noch Cocktails.
- *Heroin-Gebraucher (Cluster 3, n=170)*: Alle Befragten in dieser Kategorie gebrauchten Heroin täglich, rund die Hälfte davon bereits mehr als 5 Jahre lang. Nur vereinzelt wird von täglichem Kokain- oder Cocktailgebrauch berichtet.

Wie die Diskriminanzanalyse ergab, konnten 94.7% der Betroffenen in diesen Kategorien klassifiziert werden.

5.1.1.4. Fazit

Die Lebenssituation der Drogengebrauchenden, die in eine stationäre Therapie eingetreten sind, lässt sich für die untersuchten Dimensionen zusammenfassend wie folgt beschreiben:

Die Personen der Gesamtstichprobe dieser Untersuchung haben im Jahr vor dem Therapiebeginn mehrheitlich (65%) autonom und integriert gelebt. Gut ein Drittel (35%) hat jedoch zumindest eine Zeit lang in einer desintegrierten Form gewohnt. 44% der Eintretenden sind im Jahr vor Eintritt keiner regelmässigen Beschäftigung nachgegangen und haben sich damit ausserhalb des Arbeitsmarktes befunden. Die übrigen 56% haben dagegen im Jahr vor Eintritt mindestens tageweise gearbeitet, davon zu einem guten Teil auch Vollzeit, und standen entsprechend mit „einem Fuss im Arbeitsmarkt“. Ein beträchtlicher Teil der Eintretenden (42%) hat den Lebensunterhalt im Jahr vor der Therapie ohne private oder staatliche Unterstützung bestreiten können. 39% haben jedoch Unterstützung durch das Sozialamt bezogen, 19% erhielten solche von privater Seite.

Was die Verankerung in drogenbenützenden Kreisen anbelangt, haben die Eintretenden in unterschiedlichem Ausmass Kontakt mit der Drogenszene gehabt und sich durch illegale und semilegale Aktivitäten über Wasser gehalten: 57% der Eintretenden berichten über häufige Kontakte und mindestens zeitweise illegale Aktivitäten. 25% waren in der Szene nur wenig verankert, während 19% in der Szene „beheimatet“ waren, also (fast) tägliche Kontakte hatten und sich durch Mischeln und Betteln, aber auch illegale Einkünfte ein Einkommen verschafften.

Die eintretenden Personen weisen in ihrer Biographie mehrheitlich bereits Vorstrafen auf, nur 31% sind noch nie verurteilt worden. Von den Vorbestraften sind zwei Fünftel nur wegen Delikten wie Drogenkonsum, Besitz von Drogen oder Beschaffungskriminalität verurteilt worden, drei Fünftel sind umfassend vorbestraft (auch wegen Delikten wie Drogenhandel und/oder Transport).

Im Bereich des Drogenkonsums weisen die eintretenden Personen unterschiedliche Gebrauchsmuster auf. 29% der Eintretenden gehören zu den langjährigen Konsumenten, die im Jahr vor Eintritt fast täglich Heroin und Kokain sowie meist auch Cocktails gebrauchten. 25% sind ebenfalls zumeist langjährige Konsumenten, die jedoch im Jahr vor Eintritt keinen täglichen Konsum von Heroin zu verzeichnen haben und weder Kokain noch Cocktails zu sich nahmen. Die übrigen Personen (46%) sind tägliche Heroingebraucher mit einem teilweise ebenfalls mehr als fünfjährigen Konsum.

5.1.2. Soziodemographische Merkmale und Lebenssituation beim Eintritt

Im Zentrum der folgenden Abschnitte steht die Frage, inwiefern die soziale Integration resp. Marginalisierung der Drogengebrauchenden, die in eine abstinenzorientierte Therapieeinrichtung eintreten, nach *Alter* und *Geschlecht* der Betroffenen zum Zeitpunkt des Eintrittes unterschiedlich ausfallen. Die oben beschriebenen Klassifikationen der Dimensionen der Lebenssituation werden dazu einerseits separat für Männer und Frauen, andererseits separat für die jüngeren und die älteren Therapieeintretenden dargestellt.

5.1.2.1. Strukturelle Integration

Die Tabellen 8 und 9 stellen die Verteilung der Dimensionen der strukturellen Integration für die beiden zu vergleichenden Altersgruppen – die „17-26-Jährigen“ und die „27-44-Jährigen“ – dar (diese Kategorisierung der Altersgruppen erfolgte mit Hilfe des Medians). Pro Kategorie der strukturellen Integration ist jeweils der prozentuale Anteil der in die abstinenzorientierte Therapie Eintretenden, das kategorienspezifische Odds-Ratio (OR) und dessen Konfidenzintervall auf 95%-Niveau angegeben (vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 4.4.3.2.).

Tabelle 8 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt bei den Altersgruppen der 17-26-Jährigen / 27-44-Jährigen (Mehrfachnennungen möglich)

	Altersgruppen (n=404, md=13) ¹²					
	17-26-Jährige % (n=200)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=191)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	63	.85	.70-1.03	71	1.20	.95-1.51
ausserhalb des Arbeitsmarktes	41	.95	.78-1.16	43	1.05	.86-1.29

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Für die beiden Altersgruppen ergaben sich bezüglich Wohnsituation und Arbeitsintegration keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 8).

¹² Die Angaben betreffend die missing data sind so zu lesen, dass „n“ jeweils die Gesamtstichprobe bezeichnet und „md“ die Fälle mit fehlenden Angaben (missing data) *bezogen auf diese Gesamtstichprobe*. D.h. für die vorliegende Tabelle, dass 13 von 404 Fällen wegen fehlender Angaben nicht in diese Analyse einbezogen wurden.

Tabelle 9 *Finanzielle Situation beim Eintritt bei den Altersgruppen der 17-26-Jährigen / 27-44-Jährigen*

	Altersgruppen (n=404, md=29)					
	17-26-Jährige % (n=189)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=186)	OR	95% CI
finanziell autonom	40	.92	.74-1.11	44	1.09	.91-1.36
private Unterstützung	22	1.25	1.00-1.56	15	.78	.57-1.05
unterstützt vom Sozialamt	38	.93	.76-1.15	41	1.07	.87-1.32

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Auch was die finanziellen Abhängigkeiten anbelangt, sind die jüngeren Drogengebraucher nicht signifikant häufiger abhängig oder unabhängig als die älteren Drogengebraucher (Tabelle 9).

Tabelle 10 *Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt bei Männern und Frauen (Mehrfachnennungen möglich)*

	Geschlechtszugehörigkeit (n=404, md=9)					
	Männer % (n=321)	OR	95% CI	Frauen % (n=74)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	65	.96	.87-1.06	70	1.21	.77-1.91
ausserhalb des Arbeitsmarktes	42	.98	.89-1.08	45	1.10	.73-1.66

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Vergleicht man die Männer und Frauen bezüglich Wohn- und der Arbeitssituation im Jahr vor dem Eintritt in eine abstinentorientierte Therapie, ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tabelle 10).

Tabelle 11 *Finanzielle Situation beim Eintritt bei Männern und Frauen*

	Geschlechtszugehörigkeit (n=404, md=29)					
	Männer % (n=305)	OR	95% CI	Frauen % (n=70)	OR	95% CI
finanziell autonom	42	1.08	.92-1.11	41	.97	.63-1.47
private Unterstützung	19	1.02	.91-1.15	17	.90	.51-1.59
unterstützt vom Sozialamt	39	.98	.89-1.08	41	1.10	.72-1.68

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;
Abweichungen von +1% auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Auch in Bezug auf die Formen finanzieller Abhängigkeit unterscheiden sich Männer und Frauen nicht (Tabelle 11).

5.1.2.2. Desintegration und Marginalisierung

In den folgenden Abschnitten wird analysiert, inwiefern die verschiedenen Dimensionen der sozialen Marginalisierung im Jahr vor Eintritt mit Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt des Eintritts zusammenhängen. Neben den Merkmalen der aktuellen Szenennähe sind polizeiliche und gerichtliche Registrierungen in Form von Verurteilungen in der Biographie wichtige Indikatoren der sozialen Marginalisierung.

Tabelle 12 Soziale Desintegration und Marginalisierung beim Eintritt bei den 17-26-Jährigen/ 27-44-Jährigen (Mehrfachnennungen möglich)

	Altersgruppen (n=404, md=13)					
	17-26-Jährige % (n=200)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=191)	OR	95% CI
Die „Legalen“	22	.83	.65-1.06	29	1.19	.96-1.48
Die „Illegalen“	57	1.04	.86-1.27	55	.96	.78-1.17
Szene als Heimat	22	1.15	.92-1.44	17	.85	.64-1.13
Kaum Verurteilungen	30	.90	.73-1.12	34	1.11	.90-1.37
Kleinkriminelle	29	1.13	.92-1.39	24	.87	.68-1.12
Umfassend Vorbestrafte	42	.99	.82-1.21	42	1.01	.82-1.24

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Weder im Zusammenhang mit der Verankerung innerhalb drogengebrauchender Kreise noch bezüglich des Justizverhaltens wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen errechnet (Tabelle 12).

Tabelle 13 Soziale Desintegration und Marginalisierung beim Eintritt bei Männern und Frauen (Mehrfachnennungen möglich)

	Geschlechtszugehörigkeit (n=404, md=9)					
	Männer % (n=321)	OR	95% CI	Frauen % (n=74)	OR	95% CI
Die „Legalen“	25	.98	.87-1.09	27	1.10	.70-1.75
Die „Illegalen“	57	1.06	.96-1.17	50	.79	.52-1.19
Szene als Heimat	18	.94	.82-1.07	23	1.27	.79-2.06
Kaum Verurteilungen	32	1.00	.91-1.11	31	.99	.63-1.54
Kleinkriminelle	24	.86*	.76-.98	39	1.76*	1.17-2.65
Umfassend Vorbestrafte	45	1.12*	1.02-1.23	30	.59*	.37-.93

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht bezüglich ihrer Szenenverankerung (Tabelle 13). Bei Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Vorstrafen zeigen sich jedoch interessante Differenzen: Männer sind signifikant häufiger als Frauen wegen mehrerer Delikte inkl. Drogenhandel und/oder -transport verurteilt worden (45% vs. 30%, OR: 1.12 vs. .59). Demgegenüber sind Frauen signifikant häufiger in der Gruppe mit geringerer Beschaffungskriminalität zu verzeichnen: 39% der Frauen und 24% der Männer weisen Verurteilungen infolge von Diebstahl oder Sachbeschädigungen auf (OR: 1.76 vs. .86).

5.1.2.3. Muster des Drogengebrauchs

In den folgenden Abschnitten wird aufgezeigt, inwiefern geschlechts- und altersspezifische Unterschiede im Muster des Drogengebrauchs bei Eintritt festgestellt werden können.

Tabelle 14 Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige und Konsumverhalten beim Eintritt

	Altersgruppen (n=404, md=32)					
	17-26-Jährige % (n=200)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=191)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	22	.86	.67-1.10	28	1.16	.93-1.45
Heroingebräucher	49	1.15	.94-1.41	42	.86	.70-1.07
Hard-Core-Gebräucher	29	.97	.77-1.21	30	1.04	.83-1.30

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

Wie die Analyse zeigt (Tabelle 14), kann für keines der drei verschiedenen Muster von Drogengebrauch ein statistischer Zusammenhang mit den beiden Alterskategorien (17-26-Jährige; 27-44-Jährige) nachgewiesen werden.

Tabelle 15 *Geschlecht und Konsumverhalten beim Eintritt*

	Geschlechtszugehörigkeit (n=404, md=32)					
	Männer % (n= 321)	OR	95% CI	Frauen% (n=74)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	27	1.11*	1.01-1.23	16	.57	.31-1.04
Heroingebräucher	46	1.01	.91-1.11	45	.97	.63-1.49
Hard-Core-Gebraucher	27	.90	.79-1.01	39	1.55*	1.01-2.38

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Mustern des Drogengebrauchs beim Eintritt sind in der Tabelle 15 dargestellt. Männer sind signifikant häufiger in der Gruppe der Personen ohne täglichen Gebrauch zu finden (27% vs. 16%; OR: 1.11 vs. .57). Frauen gehören dagegen signifikant häufiger zur Gruppe der Hard-Core-Gebraucher (39% vs. 27%; OR: 1.55 vs. .90). In der Gruppe der Heroingebräucher sind beide Geschlechter gleich häufig vertreten.

5.1.2.4. Fazit

Bezogen auf die Gesamtstichprobe aller Personen, die aufgrund ihres Austrittes im Jahr 1997 hätten nachbefragt werden sollen, zeigen sich in der Lebenssituation vor Eintritt keine altersbezogene, dafür aber einige geschlechtsbezogene signifikante Unterschiede.

Die jüngeren Eintretenden (17-26-Jährige) unterscheiden sich somit von den Älteren (27-44-Jährige) weder in Bezug auf die Merkmale der strukturellen Integration im Jahr vor dem Therapiebeginn (Wohnsituation, Arbeitsintegration und Finanzierung des Lebensunterhaltes) noch hinsichtlich der Desintegrationsmerkmale (Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise, Verurteilungen in der Biographie) in signifikanter Weise. Ebenso wenig unterscheiden sich die beiden Altersgruppen in den typischen Mustern des Drogengebrauchs.

Bezieht man sich hingegen auf das Geschlecht, zeigen sich im Bereich der Justizkontakte signifikante Unterschiede. Zwar sind in der Gruppe der Personen, welche „kaum Verurteilungen“ in ihrer Biographie aufweisen, überraschenderweise beide Geschlechter gleich stark vertreten. Die Männer sind jedoch häufiger bei den „umfassend Verurteilten“ mit mehreren Delikten (auch Drogenhandel und Drogentransport) zu finden. Die Frauen sind dagegen bei den „Kleinkrimi-

nellen“ (Verurteilungen wegen Diebstahl, Sachbeschädigung) übervertreten. Auch bezüglich des Konsumverhaltens beim Eintritt ergeben sich Signifikanzen in den folgenden Bereichen: Die Männer sind häufiger in der Gruppe der Personen ohne täglichen Konsum im Jahr vor Eintritt zu finden, während die Frauen häufiger zu den Hard-Core-Gebrauchern gehören.

5.1.3. Soziokultureller Hintergrund und Lebenssituation beim Eintritt

In den modernen multikulturellen Gesellschaften beeinflusst der soziokulturelle Hintergrund der sozialen Akteure ihre Lebenssituation in vielerlei Hinsicht. In den folgenden Abschnitten wird analysiert, inwiefern *Merkmale der soziokulturellen Distanz bzw. Nähe* zur herrschenden Kultur einen Zusammenhang mit der Lebenssituation der Drogengebrauchenden im Jahr vor dem Eintritt in eine abstinenzorientierte Therapie aufweisen. Der wichtigste Indikator der sozialen Distanz bzw. Nähe zur herrschenden Kultur ist die Nationalität der Betroffenen. Die Zugehörigkeit zu einer anderen Nationalität bedeutet immer eine grössere soziale Distanz zur autochthonen Umwelt. Bereits aber die Tatsache, dass im Elternhaus neben der autochthonen noch eine andere fremdländische Kultur einen wichtigen Stellenwert hat, beeinflusst die Formen der sozialen Anpassung. Dieser Aspekt wird durch die Frage, ob einer der Elternteile ausländischer Nationalität ist, operationalisiert. Ein besonderes Hindernis zum Abbau der sozialen Distanz bilden sprachliche Barrieren. In der vorliegenden Analyse wurde gefragt, ob sich beide Elternteile in sprachlicher Hinsicht mühelos innerhalb der herrschenden Kultur bewegen können. Als Indikator einer potentiellen sozialen Distanz wird angesehen, wenn mindestens ein Elternteil diese Bedingung nicht erfüllt.

5.1.3.1. Strukturelle Integration

Die folgenden Abschnitte stellen dar, inwiefern die strukturelle Integration der drogenbenützenden Personen mit ihrem soziokulturellen Hintergrund zusammenhängt. Zunächst wird nach Unterschieden zwischen Personen schweizerischer und nicht-schweizerischer Nationalität hinsichtlich ihrer strukturellen Integration gefragt.

Tabelle 16 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Nationalität (Mehrfachnennungen möglich)

	Nationalität (n=404, md=14)					
	Schweizer % (n=315)	OR	95% CI	Ausländer % (n=75)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	69	1.08	.97-1.20	60	.74	.49-1.12
ausserhalb des Arbeitsmarktes	39	.90	.82-1.00	52	1.51*	1.01-2.26

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Personen mit schweizerischer Nationalität unterscheiden sich von denjenigen mit einem ausländischen Pass hinsichtlich der Arbeitssituation im Jahr vor Eintritt, nicht jedoch hinsichtlich der Wohnsituation (Tabelle 16). So stehen sie signifikant öfter „ausserhalb des Arbeitsmarktes“ als dies bei den Schweizer Befragten der Fall ist (52% versus 39%; OR: 1.51 vs. .90).

Tabelle 17 Finanzielle Situation beim Eintritt und Nationalität

	Nationalität (n=404, md=30)					
	Schweizer % (n=303)	OR	95% CI	Ausländer % (n=71)	OR	95% CI
finanziell autonom	41	.96	.87-1.06	47	1.19	.78-1.81
private Unterstützung	18	.96	.84-1.10	21	1.16	.70-1.93
unterstützt vom Sozialamt	41	1.07	.97-1.18	32	.75	.48-1.18

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Was die finanzielle Situation bei Eintritt anbelangt, sind keine signifikanten Unterschiede zu finden zwischen den Personen mit schweizerischer Nationalität und denjenigen mit einem ausländischen Pass (Tabelle 17).

Tabelle 18 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (Mehrfachnennungen möglich)

	schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (n=404, md=49)					
	trifft zu % (n=63)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=292)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	73	1.14	.68-1.89	70	.97	.88-1.08
ausserhalb des Arbeitsmarktes	33	.77	.48-1.24	41	1.06	.96-1.16

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Betrachtet man die Merkmale struktureller Integration in Bezug auf die Herkunft aus einer „gemischtkulturellen“ Familie“, zeigen sich für die Wohn- und Arbeitssituation ebenfalls keine Unterschiede (Tabelle 18). Befragte aus Familien mit einem Elternteil ausländischer Nationalität unterscheiden sich diesbezüglich nicht von denjenigen aus Familien mit zwei schweizerischen oder zwei ausländischen Elternteilen.

Tabelle 19 Finanzielle Situation beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie

	schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (n=404, md=51)					
	trifft zu % (n=63)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=290)	OR	95% CI
finanziell autonom	32	.67	.41-1.08	43	1.09	.99-1.19
private Unterstützung	29	1.66*	1.03-2.68	18	.88	.76-1.02
unterstützt vom Sozialamt	40	1.03	.65-1.63	39	.99	.90-1.10

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Drogengebrauchende aus gemischtkulturellen Familien scheinen häufiger von ihren Angehörigen finanziell unterstützt zu werden (Tabelle 19): 29% der Betroffenen mit einem Elternteil ausländischer Nationalität berichten über Unterstützung aus privater Hand im Jahr vor dem Therapieeintritt, während der entsprechende Anteil unter den restlichen Befragten 18% beträgt (OR: 1.66 vs. .88). Dieser Unterschied ist signifikant.

Tabelle 20 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (Mehrfachnennungen möglich)

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=404,md=36)					
	trifft zu % (n=78)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=290)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	65	.82	.54-1.23	71	1.06	.94-1.20
ausserhalb des Arbeitsmarktes	41	1.08	.73-1.61	39	.98	.88-1.09

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Betrachtet man die Fähigkeit der Eltern, sich mühelos in der Landessprache zu verständigen, als Mass der soziokulturellen Nähe zur schweizerischen Gesellschaft, ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang mit der Wohnsituation oder der Arbeitssituation (Tabelle 20).

Tabelle 21 *Finanzielle Situation beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühe-los*

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühe-los (n=404,md=38)					
	trifft zu % (n=77)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=289)	OR	95% CI
finanziell autonom	43	1.04	.70-1.55	41	.99	.89-1.10
private Unterstützung	22	1.22	.76-1.95	18	.94	.82-1.10
unterstützt vom Sozialamt	35	.82	.54-1.25	41	1.05	.95-1.17

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Ebenso wenig zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der sprachlichen Integration der Eltern und den Mustern finanzieller Abhängigkeiten (Tabelle 21).

5.1.3.2. Desintegration und Marginalisierung

Soziale Distanz zur herrschenden Kultur exponiert besonders für eine soziale Marginalisierung. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis ist der Zusammenhang zwischen Marginalisierung und soziokultureller Herkunft bei Drogengebrauchenden, die in eine abstinenzorientierte Therapie eintreten, von speziellem Interesse. Tabelle 22 zeigt die relativen Häufigkeiten und entsprechenden Odds-Ratios für die Stichprobe der vorliegenden Studie für Personen mit einem schweizerischen bzw. mit einem ausländischen Pass.

Tabelle 22 *Soziale Desintegration / Marginalisierung beim Eintritt und Nationalität (Mehrfachnennungen möglich)*

	Nationalität (n=404, md=14)					
	Schweizer % (n=315)	OR	95% CI	Ausländer % (n=75)	OR	95% CI
Die „Legalen“	24	.92	.81-1.04	32	1.38	.90-2.12
Die „Illegalen“	57	1.07	.97-1.19	48	.74	.50-1.12
Szene als Heimat	19	.99	.87-1.12	20	1.05	.63-1.74
Kaum Verurteilungen	36	1.18*	1.08-1.29	16	.41*	.23-.73
Kleinkriminelle	25	.96	.86-1.08	29	1.17	.75-1.82
Umfassend Vorbestrafte	39	.88*	.80-.98	55	1.66*	1.11-2.50

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

* signifikantes Odds-Ratio

Steht die eigene Nationalität im Zentrum der Analyse (Tabelle 22), sind statistisch signifikante Zusammenhänge ersichtlich: 39% der Befragten mit einem schweizerischen und 55% der Befragten mit ausländischem Pass wurden bereits wegen umfassenden Delikten inkl. Drogenhandel und/oder -transport verurteilt (OR: .88 vs. 1.66). Dementsprechend befinden sich die letzteren deutlich seltener in der Kategorie der Personen ohne frühere Verurteilungen (16%) als die schweizerischen Drogengebrauchenden, die in eine stationäre Therapie eintreten (36%; OR: .41 vs. 1.18). In den drei Kategorien der subkulturellen Verankerung (Die "Legalen", die "Illegalen" und „Szene als Heimat“) können dagegen keine Unterschiede bezüglich der Nationalität der befragten Drogengebraucher festgehalten werden.

Tabelle 23 Soziale Desintegration / Marginalisierung beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (Mehrfachnennungen möglich)

	schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (n=404, md=49)					
	trifft zu % (n=63)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=292)	OR	95% CI
Die „Legalen“	25	.97	.58-1.63	26	1.01	.90-1.12
Die „Illegalen“	51	.91	.58-1.42	54	1.02	.93-1.13
Szene als Heimat	24	1.19	.71-2.00	20	.96	.85-1.09
Kaum Verurteilungen	41	1.49	.95-2.33	30	.91	.81-1.02
Kleinkriminelle	18	.69	.38-1.27	25	1.07	.97-1.19
Umfassend Vorbestrafte	41	.88	.56-1.38	45	1.03	.93-1.13

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Betrachtet man die Szenenverankerung der in eine abstinenzorientierte Therapie Eintretenden im Jahr vor dem Therapiebeginn in Zusammenhang mit der Frage, ob im Elternhaus neben der schweizerischen auch eine andere Kultur eine Rolle spielt, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 23).

Auch wenn die Verurteilungen als Indikatoren sozialer Marginalisierung betrachtet werden, zeichnen sich keine signifikanten Unterschiede ab (Tabelle 23).

Tabelle 24 Soziale Desintegration / Marginalisierung beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (Mehrfachnennungen möglich)

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=404, md=36)					
	trifft zu % (n=78)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=290)	OR	95% CI
Die „Legalen“	28	1.13	.73-1.74	25	.97	.85-1.10
Die „Illegalen“	56	1.09	.73-1.62	54	.98	.88-1.09
Szene als Heimat	15	.73	.42-1.29	21	1.08	.96-1.21
Kaum Verurteilungen	22	.56*	.34-.92	36	1.14*	1.03-1.27
Kleinkriminelle	27	1.23	.79-1.90	22	.94	.82-1.08
Umfassend Vorbestrafte	51	1.35	.91-2.01	42	.92	.82-1.03

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Wird die Fähigkeit der Eltern, sich in der Landessprache mühelos zu verständigen, als Indikator der Integration innerhalb der schweizerischen Kultur betrachtet, zeigt sich erneut ein signifikanter Unterschied (Tabelle 24). Zwar unterscheiden sich die beiden Gruppen bezüglich subkultureller Verankerung nicht signifikant. Die Befragten, deren Eltern die Landessprache mühelos beherrschen, sind jedoch mit 36% (gegenüber 22% bei den restlichen Betroffenen) signifikant häufiger in der Kategorie der Personen ohne Verurteilungen zu finden (OR: 1.14 vs. .56).

5.1.3.3. Muster des Drogengebrauchs

In den folgenden Tabellen wird dem Zusammenhang zwischen der kulturellen Distanz zur schweizerischen Gesellschaft und den Mustern des Drogengebrauchs nachgegangen.

Tabelle 25 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Nationalität

	Nationalität (n=404, md=33)					
	Schweizer % (n=315)	OR	95% CI	Ausländer % (n=75)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	25	1.00	.89-1.12	25	1.01	.63-1.64
Heroingebräucher	46	1.01	.91-1.11	45	.98	.64-1.49
Hard-Core-Gebraucher	29	1.00	.90-1.11	29	1.01	.64-1.60

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Staatszugehörigkeit der Betroffenen bedeutet keinen Unterschied bezüglich der Muster des Drogengebrauchs im Jahr vor dem Eintritt in eine abstinenzorientierte Therapie (Tabelle 25). Personen schweizerischer bzw. ausländischer Nationalität gehören zu jeweils gleichen Teilen den drei Gruppen mit unterschiedlichem Drogengebrauchsmuster an.

Tabelle 26 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie

	schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (n=404, md=51)					
	trifft zu % (n= 63)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=292)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	29	1.24	.76-2.03	23	.95	.84-1.07
Heroingebräucher	46	.98	.63-1.54	47	1.00	.91-1.10
Hard-Core-Gebräucher	25	.83	.50-1.40	30	1.04	.94-1.15

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Befragte aus gemischtkulturellen Familien unterscheiden sich bezüglich des Drogengebrauchs im Jahr vor Therapieeintritt nicht von den restlichen Befragten (Tabelle 26).

Tabelle 27 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht müheles

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht müheles (n=404,md=40)					
	trifft zu % (n=78)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=290)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	23	.96	.60-1.53	24	1.01	.90-1.14
Heroingebräucher	46	.97	.64-1.45	46	1.01	.91-1.12
Hard-Core-Gebräucher	31	1.07	.70-1.64	29	.98	.87-1.11

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die Muster des Drogengebrauchs bei Personen, die in eine abstinenzorientierte Therapie eintreten, hängen auch nicht mit der Distanz ihrer Herkunftsfamilie zur schweizerischen Kultur zusammen, wenn diese auf der Basis der Fähigkeit der Eltern, sich in der herrschenden Sprache müheles zu verständigen, operationalisiert wird (Tabelle 27).

5.1.3.4. Fazit

Die Lebenssituation der in eine stationäre Abstinenztherapie eintretenden Personen unterscheidet sich in der vorliegenden Stichprobe nur gering in Bezug auf die untersuchten Indikatoren des soziokulturellen Hintergrundes. Nur in folgenden Punkten spielen die eigene Nationalität der Betroffenen oder ihr familiärer kultureller Hintergrund eine unterscheidende Rolle bzw. ergeben sich signifikante Unterschiede:

- Personen ausländischer Nationalität gehören öfter zu den im Jahr vor Eintritt ausserhalb des Arbeitsmarktes stehenden Personen. Sie sind auch häufiger unter den umfassend vorbestraften Personen zu finden (verurteilt auch wegen Delikten wie Drogenhandel und Drogentransport). Signifikant seltener gehören sie zur Gruppe der Personen, die kaum Verurteilungen in ihrer Biographie aufweisen.
- Personen aus einer „gemischtkulturellen“ Familie, die einen Elternteil schweizerischer und einen ausländischer Nationalität aufweisen, unterscheiden sich von solchen aus Familien mit zwei Schweizer oder zwei ausländischen Elternteilen nur darin, dass sie im Jahr vor Eintritt häufiger finanziell durch die Familie unterstützt wurden.
- Das mühelose Beherrschen der Landessprache bei beiden Elternteilen kommt häufiger vor bei Personen, welche kaum Verurteilungen in ihrer Biographie aufweisen.

Der soziokulturelle Hintergrund der in eine stationäre Therapie Eintretenden geht somit, in der vorliegenden Stichprobe, vor allem mit einer ungünstigeren Legalsituation, aber auch mit einer geringeren Integration in den Arbeitsmarkt im Jahr vor Eintritt einher. Weitere Merkmale der Lebenssituation vor Eintritt, wie die Wohnsituation, die Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise, aber auch die Muster des Drogenkonsums, unterscheiden sich jedoch bei den Schweizer und den ausländischen Eintretenden nicht wesentlich voneinander.

5.1.4. Merkmale des Therapieaufenthaltes und Lebenssituation beim Eintritt

Für die Untersuchung von Behandlungsangeboten ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Therapiemerkmalen und der Lebenssituation beim Eintritt von besonderem Interesse. In der vorliegenden Untersuchung werden die Freiwilligkeit des Therapieeintrittes, die Dauer des Therapieaufenthaltes und die Art des Therapieaustrittes als Indikatoren verwendet.

5.1.4.1. Strukturelle Integration

In den Tabellen 28 und 29 wird der Zusammenhang zwischen den untersuchten Dimensionen der strukturellen Integration und der Freiwilligkeit des Therapieeintrittes dargestellt.

Tabelle 28 Wohn- und Arbeitssituation und Freiwilligkeit des Eintrittes (Mehrfachnennungen möglich)

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=404, md=0)					
	trifft zu % (n=235)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=169)	OR	95% CI
integriert/ autonom wohnend	76	1.71*	1.38-2.13	49	.53*	.42-.66
ausserhalb des Arbeitsmarktes	29	.53*	.43-.65	64	2.29*	1.80-2.93

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Die Freiwilligkeit des Eintritts in eine stationäre Therapie zeigt systematische Zusammenhänge mit der soziostrukturellen Integration in der Zeit vor dem Eintritt, was die Wohn- und die Arbeitssituation anbelangt (Tabelle 28). Personen, die freiwillig in eine Therapie eingetreten sind, weisen signifikant häufiger eine integrierte und/oder autonome Wohnsituation auf als die Gruppe der unfreiwillig Eingetretenen (76% vs. 49%; OR: 1.71 vs. .53). Die Gruppe der unfreiwillig Eingetretenen ist aber nicht nur durch eine schlechtere Wohnsituation gekennzeichnet, sondern diese Personen sind auch häufiger bereits über längere Zeit arbeitsmässig nicht mehr integriert (64% vs. 29%; OR: 2.29 vs. .53).

Tabelle 29 Finanzielle Situation und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=404, md=29)					
	trifft zu % (n=233)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=142)	OR	95% CI
finanziell autonom	37	.82*	.69-.97	50	1.37*	1.06-1.78
private Unterstützung	23	1.28*	1.09-1.51	12	.59*	.38-.92
unterstützt vom Sozialamt	40	1.03	.88-1.21	38	.95	.73-1.24

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Was die finanzielle Unterstützung anbelangt, werden freiwillig Eintretende signifikant häufiger aus privater Hand unterstützt als unfreiwillig eintretende Personen (23% vs. 12%; OR: 1.28 vs. .59; Tabelle 29). Letztere hingegen sind im Jahr vor

Eintritt signifikant häufiger finanziell autonom gewesen (50% vs. 37%; OR: 1.37 vs. .82).

In den folgenden Tabellen 30 bis 33 gilt die Aufmerksamkeit denjenigen Personen, welche die Therapie bereits früh verlassen haben. Es wird zunächst unterschieden zwischen Personen mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als sechs Monaten und solchen, die weniger als sechs Monate in Therapie blieben.

Tabelle 30 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=0)					
	< 6 Monate % (n=155)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=249)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	61	.84	.66-1.08	67	1.12	.94-1.32
ausserhalb des Arbeitsmarktes	45	1.04	.81-1.33	43	.98	.84-1.14

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Das Ausmass der strukturellen Integration im Jahr vor dem Eintritt in eine abstinenzorientierte Therapieeinrichtung zeigt in den Bereichen Wohnen und Arbeit keinen signifikanten Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer, bezogen auf den Cut-Off-Point bei sechs Monaten (Tabelle 30).

Tabelle 31 Finanzielle Situation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=29)					
	< 6 Monate % (n=141)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=234)	OR	95% CI
finanziell autonom	43	1.02	.76-1.27	42	.99	.86-1.18
private Unterstützung	21	1.13	.82-1.55	17	.93	.75-1.15
unterstützt vom Sozialamt	37	.91	.69-1.19	41	1.06	.91-1.24

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;
Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Ebenso wenig gibt es einen Zusammenhang zwischen der finanziellen Situation vor Eintritt und der Aufenthaltsdauer in der Therapie (Tabelle 31). Das Ausmass der strukturellen Integration im Jahr vor dem Eintritt weist somit im Vergleich mit dem 6-Monate-Cut-Off keinen Zusammenhang mit der Tatsache auf, wie lange die Betroffenen dann in der Therapie bleiben.

Im einem zweiten Schritt wird für den Vergleich der Cut-Off-Point bei neun Monaten bestimmt. Damit soll untersucht werden, ob ein längerer Aufenthalt mit anderen Merkmalsausprägungen einhergeht als kürzere Aufenthalte.

Tabelle 32 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=0)					
	< 9 Monate % (n=209)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=195)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	64	.96	.79-1.16	66	1.05	.85-1.30
ausserhalb des Arbeitsmarktes	41	.91	.75-1.10	46	1.11	.91-1.36

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die Wohn- und Arbeitssituation im Jahr vor Eintritt hängen auch nicht damit zusammen, ob jemand mindestens neun Monate oder aber kürzer als neun Monate in der Therapie bleibt (Tabelle 32).

Tabelle 33 Finanzielle Situation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=29)					
	< 9 Monate % (n=209)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=195)	OR	95% CI
finanziell autonom	44	1.06	.88-1.29	41	.94	.76-1.15
private Unterstützung	19	1.02	.80-1.31	18	.98	.74-1.29
unterstützt vom Sozialamt	37	.93	.76-1.14	41	1.08	.88-1.34

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Auch zwischen der finanziellen Situation im Jahr vor der Therapie und der Aufenthaltsdauer (9-Monate-Cut-Off) ist kein Zusammenhang ersichtlich (Tabelle 33).

Neben der Dauer der Therapie ist die Frage, ob die Betroffenen die Therapie abbrechen oder entsprechend dem jeweiligen Konzept regulär abschliessen von Interesse. In den Tabellen 34 und 35 sind die Merkmalsverteilungen hinsichtlich der strukturellen Integration beim Eintritt separat für regulär und für irregulär Ausgetretene dargestellt.

Tabelle 34 Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie (Mehrfachnennungen möglich)

	Art des Austrittes (n=404, md=7)					
	regulär % (n=219)	OR	95% CI	irregulär % (n=178)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	67	1.12	.93-1.95	61	.87	.70-1.08
ausserhalb des Arbeitsmarktes	44	1.01	.85-1.21	43	.99	.79-1.23

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die strukturelle Integration beim Eintritt weist weder bezüglich der Wohnsituation noch der Arbeitssituation einen Zusammenhang auf mit der Tatsache, ob jemand die begonnene Therapie abbricht oder nicht (Tabelle 34).

Tabelle 35 Finanzielle Situation beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=404, md=36)					
	regulär % (n=204)	OR	95% CI	irregulär % (n=164)	OR	95% CI
finanziell autonom	45	1.15	.97-1.38	37	.83	.66-1.05
private Unterstützung	18	.94	.74-1.20	20	1.07	.81-1.42
unterstützt vom Sozialamt	37	.89	.74-1.09	43	1.15	.91-1.44

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Zwischen der Art des Therapieaustrittes und der finanziellen Situation beim Eintritt ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge (Tabelle 35).

5.1.4.2. Desintegration und Marginalisierung

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, wie weit Merkmale des Therapieaufenthaltes – operationalisiert durch die Freiwilligkeit des Eintrittes, die Aufenthaltsdauer und den Austrittsmodus – mit den untersuchten Aspekten „Verankerung in drogenbenützenden Kreisen“ bzw. „Marginalisierung“ (gemessen am Vorhandensein von mehr oder weniger umfassenden Verurteilungen in der Biographie) zusammenhängen.

Tabelle 36 Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Freiwilligkeit des Eintrittes (Mehrfachnennungen möglich)

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=404, md=0)					
	trifft zu % (n=235)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=169)	OR	95% CI
Die „Legalen“	28	1.18	.99-1.40	20	.78	.57-1.05
Die „Illegalen“	55	.92	.78-1.09	60	1.12	.89-1.42
Szene als Heimat	17	.93	.74-1.16	20	1.10	.83-1.46
Kaum Verurteilungen	37	1.33*	1.13-1.56	22	.63*	.47-.85
Kleinkriminelle	31	1.11	.93-1.32	25	.86	.65-1.12
Umfassend Vorbestrafte	32	.69*	.57-.84	53	1.61*	1.28-2.02

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

In Tabelle 36 zeigt sich, dass unfreiwillige Eintritte signifikant häufiger mit umfassenden Vorstrafen einhergehen (53% vs. 32%; OR: 1.61 vs. .69). Parallel dazu ist unter den freiwillig eingetretenen Personen die Anzahl der kaum Verurteilten mit 37% vs. 22% (OR: 1.33 vs. .63) signifikant höher als bei denjenigen Personen, die nicht aus eigenem Antrieb eine stationäre Therapie angefangen haben. Bezüglich der Verankerung in drogenbenützenden Kreisen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 37 Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=0)					
	< 6 Monate % (n=155)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=249)	OR	95% CI
Die „Legalen“	23	.90	.67-1.21	26	1.07	.90-1.27
Die „Illegalen“	59	1.08	.84-1.38	56	.96	.82-1.12
Szene als Heimat	19	1.01	.74-1.39	19	.99	.81-1.21
Kaum Verurteilungen	29	.92	.70-1.22	32	1.05	.89-1.23
Kleinkriminelle	33	1.23	.95-1.59	26	.87	.72-1.05
Umfassend Vorbestrafte	38	.89	.69-1.15	43	1.07	.92-1.25

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Befragten, welche weniger als sechs Monate in der Therapie geblieben sind, unterscheiden sich hinsichtlich der Szenenverankerung nicht von denjenigen,

deren Aufenthalt mindestens sechs Monate lang dauerte. Auch in Bezug auf Verurteilungen in der Biographie gibt es keine Unterschiede (Tabelle 37).

Tabelle 38 *Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich)*

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=0)					
	< 9 Monate % (n=209)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=195)	OR	95% CI
Die „Legalen“	24	.97	.78-1.21	25	1.03	.82-1.30
Die „Illegalen“	60	1.13	.93-1.37	54	.88	.72-1.08
Szene als Heimat	16	.85	.65-1.11	21	1.17	.92-1.48
Kaum Verurteilungen	32	1.07	.87-1.30	29	.93	.74-1.17
Kleinkriminelle	31	1.11	.91-1.35	26	.89	.70-1.13
Umfassend Vorbestrafte	37	.86	.71-1.05	45	1.17	.95-1.43

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Werden die Merkmale der sozialen Desintegration und der Marginalisierung in Bezug auf den Cut-Off-Point bei neun Monaten untersucht, zeigen sich ebenfalls keine Unterschiede (Tabelle 38): Die Eintrittssituation der Personen mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als neun Monaten unterscheidet sich hinsichtlich Szenenverankerung und Verurteilungen in der Biographie nicht signifikant von derjenigen der Personen, welche mindestens neun Monate in Therapie blieben.

Tabelle 39 *Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie (Mehrfachnennungen möglich)*

	Art des Austrittes (n=404, md=7)					
	regulär % (n=219)	OR	95% CI	irregulär % (n=178)	OR	95% CI
Die „Legalen“	23	.97	.78-1.19	25	1.04	.81-1.34
Die „Illegalen“	58	1.02	.85-1.23	57	.97	.78-1.21
Szene als Heimat	19	1.01	.80-1.26	19	.99	.75-1.32
Kaum Verurteilungen	31	1.00	.83-1.21	31	1.00	.79-1.26
Kleinkriminelle	26	.92	.75-1.13	30	1.11	.88-1.40
Umfassend Vorbestrafte	43	1.07	.89-1.28	39	.92	.74-1.15

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;
Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Befragten unterscheiden sich in den untersuchten Merkmalen der sozialen Desintegration auch dann nicht, wenn der Austrittsmodus mit diesen in Beziehung gesetzt wird (Tabelle 39).

5.1.4.3. Muster des Drogengebrauchs

Schliesslich wird in Bezug auf die Freiwilligkeit des Eintrittes, die Therapiedauer und den Austrittsmodus noch geprüft, ob diese drei Therapiemerkmale mit den Mustern des Drogengebrauchs im Jahr vor Eintritt in die stationäre Therapie zusammenhängen.

Tabelle 40 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=404, md=32)					
	trifft zu % (n=234)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=138)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	24	.94	.78-1.14	27	1.10	.82-1.48
Heroingebräucher	50	1.19*	1.02-1.39	38	.74*	.56-.98
Hard-Core-Gebräucher	26	.85	.71-1.03	35	1.29	.98-1.69

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Die Analyse in Tabelle 40 zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Freiwilligkeit des Eintrittes und dem Konsumverhalten: So sind unter den freiwillig Eingetretenen Personen mit täglichem Heroingebrauch im Jahr vor Eintritt signifikant häufiger vertreten (50% vs. 38%, OR: 1.19 vs. .74).

Tabelle 41 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=32)					
	< 6 Monate % (n= 155)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=249)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	30	1.27	.96-1.68	22	.86	.70-1.05
Heroingebräucher	41	.84	.64-1.10	48	1.11	.95-1.30
Hard-Core-Gebräucher	29	.94	.71-1.25	30	1.04	.88-1.23

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Zwischen der Therapiedauer (weniger als sechs Monate oder mindestens sechs Monate) und dem Muster des Drogengebrauchs zeigen sich keine Zusammenhänge (Tabelle 41).

Tabelle 42 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=404, md=32)					
	< 9 Monate % (n= 209)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=195)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	29	1.20	.98-1.48	21	.80	.61-1.05
Heroingebraucher	42	.85	.69-1.04	50	1.19	.96-1.47
Hard-Core-Gebraucher	30	1.02	.82-1.26	29	.98	.77-1.24

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Im Vergleich der Befragten, welche weniger resp. mehr als neun Monate in Therapie blieben (Cut-Off-Point bei neun Monaten; Tabelle 42) werden ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge ersichtlich.

In der Tabelle 43 wird nun noch dargestellt, wie sich die Art des Austrittes zum Konsumverhalten im Jahr vor dem Eintritt verhält.

Tabelle 43 Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=404, md=38)					
	regulär % (n= 219)	OR	95% CI	irregulär % (n=178)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	24	.92	.74-1.14	27	1.11	.86-1.43
Heroingebraucher	49	1.15	.96-1.37	41	.84	.66-1.06
Hard-Core-Gebraucher	28	.92	.74-1.13	32	1.11	.87-1.42

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

In der Analyse des Austrittsmodus zeigt sich kein Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum-Muster vor Eintritt und dem Therapieausgang (Tabelle 43).

5.1.4.4. Fazit

Wird die Lebenssituation der in eine stationäre abstinenzorientierte Therapie Eintretenden bezogen auf verschiedene Merkmale des Therapieaufenthaltes analysiert, zeigen sich einzig für die Freiwilligkeit des Eintrittes signifikante Zusammenhänge:

- Wer freiwillig in eine stationäre Therapieeinrichtung eingetreten ist, verfügte im Jahr vor dem Eintritt häufiger über eine integrierte und/oder autonome Wohnsituation, war seltener über längere Zeit arbeitsmässig nicht mehr integriert gewesen und öfter finanziell von privater Seite unterstützt worden. Die

unfreiwillig Eingetretenen waren dagegen öfter finanziell autonom und auch weniger von privater Unterstützung abhängig gewesen.

- Die freiwillig Eingetretenen gehörten häufiger zur Gruppe der Personen, welche in ihrer Biographie kaum Verurteilungen aufweisen. Die unfreiwillig Eingetretenen waren öfter umfassend vorbestraft.
- Unter den freiwillig Eingetretenen finden sich häufiger Personen, die im Jahr vor dem Eintritt täglich Heroin gebrauchten und teilweise Heroin bereits seit mehr als fünf Jahren konsumierten.

Ein freiwilliger Eintritt bedeutet allerdings in der vorliegenden Untersuchung keinen absoluten Gegensatz zu einem „erzwungenen“ Therapiebeginn: bei den unfreiwillig Eingetretenen handelt es sich zumeist um Personen, welche sich aufgrund einer strafrechtlichen Massnahme für die Therapie und gegen eine (Gefängnis-)Strafe entschieden haben.

Während sich also die Eintrittssituation der freiwilligen und unfreiwilligen Therapiebeginner in einigen Aspekten unterscheidet, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Dauer des Therapieaufenthaltes oder den Austrittsmodus. Personen mit kürzerem Therapieaufenthalt unterscheiden sich von denen mit längerem Verbleiben nicht, wenn man die verschiedenen Aspekte ihrer Lebenssituation vor Eintritt betrachtet. Dies gilt sowohl bezogen auf den Cut-Off-Point bei sechs Monaten als auch bei neun Monaten. Ebenso wenig weisen die regulär und die irregulär Austretenden eine unterschiedliche Lebenssituation vor Eintritt auf.

5.2. Selektionseffekte in der Nachbefragungsstichprobe

Ein besonderes Problem bei Katamnese-Interviews stellt die Erreichbarkeit der ehemaligen Therapieteilnehmer dar. Gründe für das Nichterreichen sind in erster Linie passive und aktive Verweigerungen. Andere Ehemalige hatten die Schweiz verlassen und konnten deshalb nicht mehr kontaktiert werden. Es ist daher wichtig zu untersuchen, inwiefern eine Selektion der Stichprobe stattgefunden hat und in welcher Hinsicht sich die Erreichten von den Nichterreichten unterscheiden. In der vorliegenden Untersuchung ist dies möglich, weil alle Personen bei Eintritt befragt worden waren. Im Folgenden sind die verstorbenen Personen (n=18) ausgeschlossen, dies mit Ausnahme des dritten Teils dieses Unterkapitels, welcher sich explizit einer Analyse der Todesfälle widmet.

5.2.1. Unterschiede zwischen den erreichten und nichterreichten Behandlungsteilnehmenden

In einem ersten Teil wird untersucht, ob sich die in der Nachbefragung erreichten Behandlungsteilnehmenden von den nichterreichten hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, dem soziokulturellen Hintergrund, der strukturellen Integration, der sozialen Marginalität, den Mustern des Drogengebrauchs sowie bezüglich Freiwilligkeit des Eintritts, Aufenthaltsdauer und Art des Austritts unterscheiden.

5.2.1.1. Soziodemographische Merkmale

Tabelle 44 zeigt die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede in der Erreichbarkeit.

Tabelle 44 Soziodemographische Merkmale (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=182/179)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=195/194)	OR	95% CI
Männer ¹⁾	79	.88	.69-1.13	83	1.14	.87-1.49
17-26-Jährige ²⁾	52	1.04	.84-1.29	50	.96	.79-1.17

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 386; missing data 1)= 9, missing data 2)= 13

Bei Betrachtung der Ergebnisse in Tabelle 44 zeigt sich deutlich, dass sich die Geschlechter hinsichtlich der Erreichbarkeit für ein Nachbefragungsinterview nicht signifikant unterscheiden.

5.2.1.2. Soziokultureller Hintergrund

Von besonderer Bedeutung ist die Frage, inwiefern Personen ausländischer Herkunft für Katamnese-Untersuchungen erreicht werden können (Tabelle 45). Die Tabelle 46 zeigt dann die Erreichbarkeit im Zusammenhang mit den untersuchten Merkmalen der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie; müheloses Beherrschen der Landessprache bei mindestens einem Elternteil).

Tabelle 45 Nationalität (bei Erreichten / Nichterreichten)

	Erreichte % (n=178)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=194)	OR	95% CI
Schweizer	85	1.40*	1.01-1.95	76	.77*	.63-.95

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; * signifikantes Odds-Ratio
n= 386; missing data= 14

In Bezug auf die Nationalität der Befragten selber ergibt sich ein signifikanter Unterschied (Tabelle 45): Personen schweizerischer Nationalität sind unter den für ein Nachbefragungsinterview erreichten Personen übervertreten (85% vs. 76%; OR: 1.40 vs. .77).

Tabelle 46 Merkmale der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=169/172)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=170/179)	OR	95% CI
Schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie ¹⁾	19	1.12	.83-1.51	16	.90	.69-1.17
Mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos ²⁾	19	.84	.63-1.12	24	1.16	.93-1.46

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 386; missing data ¹⁾= 47, missing data ²⁾= 35

Personen aus einer gemischtkulturellen Herkunftsfamilie unterscheiden sich von den übrigen Befragten nicht hinsichtlich der Erreichbarkeit (Tabelle 46). Sie konnten demnach gleich oft nachbefragt werden wie Personen, die zwei Eltern-

teile schweizerischer bzw. zwei Elternteile ausländischer Herkunft haben. Ebenso wenig sind, bezogen auf die sprachliche Integration der Eltern, Unterschiede hinsichtlich der Erreichbarkeit vorhanden.

5.2.1.3. Strukturelle Integration

Inwiefern sich Zusammenhänge zwischen der Erreichbarkeit und den untersuchten Merkmalen der strukturellen Integration im Jahr vor Eintritt ergeben, ist in den folgenden Tabellen zusammengestellt.

Tabelle 47 Wohn- und Arbeitssituation (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=189)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=197)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	67	1.11	.89-1.39	62	.91	.74-1.10
ausserhalb des Arbeitsmarktes	40	.82	.66-1.01	49	1.21	.99-1.47

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 386; missing data= 0

Bezüglich der Wohnsituation vor Eintritt unterscheiden sich die Erreichten von den Nichterreichten nicht in signifikanter Weise (Tabelle 47). Auch bezüglich der Arbeitssituation zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Tabelle 48 Finanzielle Situation (bei Erreichten / Nichterreichten)

	Erreichte % (n=175)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=184)	OR	95% CI
finanziell autonom	41	.95	.79-1.21	42	1.03	.84-1.26
private Unterstützung	21	1.11	.86-1.43	17	.90	.68-1.19
unterstützt vom Sozialamt	38	.96	.77-1.19	40	1.04	.85-1.28

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 386; missing data= 27; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Auch die finanziellen Abhängigkeiten vor dem Eintritt scheinen im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Betroffenen für eine Nachbefragung irrelevant zu sein (Tabelle 48).

5.2.1.4. Desintegration und Marginalisierung

Inwiefern sich die soziale Situation der Betroffenen vor dem Therapieeintritt auf die Erreichbarkeit für eine Nachbefragung auswirkt, wird im Folgenden an der Verankerung innerhalb der Drogenszene bei Therapieeintritt und an den Verurteilungen in der Biographie festgemacht.

*Tabelle 49 Soziale Desintegration und Marginalisierung (bei Erreichten / Nichterreichten)
(Mehrfachnennungen möglich)*

	Erreichte % (n=189)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=197)	OR	95% CI
Die „Legalen“	24	1.00	.79-1.27	24	1.00	.80-1.26
Die „Illegalen“	58	1.02	.83-1.25	57	.98	.81-1.20
Szene als Heimat	19	.97	.75-1.27	19	1.02	.80-1.31
Kaum Verurteilungen	30	.96	.77-1.20	32	1.04	.85-1.28
Kleinkriminelle	31	1.14	.92-1.41	25	.88	.69-1.10
Umfassend Vorbestrafte	39	.93	.75-1.15	43	1.07	.88-1.31

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 386; missing data= 0

Hinsichtlich der Szenenverankerung zeigen sich überraschenderweise keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 49): Innerhalb der einzelnen Gruppen, - den „Legalen“, den „Illegalen“ und den in der Szene Beheimateten – wurden jeweils gleich grosse prozentuale Anteile erreicht wie nichterreicht. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ergeben sich bezüglich der früheren Verurteilungen.

5.2.1.5. Muster des Drogengebrauchs

Ebenfalls von Interesse ist die Frage, inwiefern die Dauer und die Formen des Drogenkonsums bei Therapieeintritt die Erreichbarkeit für ein Nachbefragungsgespräch beeinflussen.

Tabelle 50 Muster des Drogengebrauchs (bei Erreichten / Nichterreichten)

	Erreichte % (n=175)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=180)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	21	.81	.62-1.07	28	1.20	.97-1.49
Heroingebräucher	50	1.17	.94-1.44	42	.86	.70-1.06
Hard-Core-Gebräucher	29	.99	.79-1.25	29	1.01	.81-1.26

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
 n= 386; missing data= 31; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Erreichbarkeit für die Nachbefragung weist keinen signifikanten Zusammenhang auf mit dem Muster des Drogengebrauchs vor Eintritt (Tabelle 50).

5.2.1.6. Merkmale des Therapieaufenthaltes

Inwiefern die Merkmale der Therapie (freiwilliger Eintritt, Aufenthaltsdauer und Austrittsmodus) mit der Erreichbarkeit zusammenhängen, ist den folgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 51 Freiwilligkeit des Eintrittes (bei Erreichten / Nichterreichten)

	Erreichte % (n=223)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=163)	OR	95% CI
Freiwilliger Eintritt	54	1.24*	1.04-.1.47	42	.75*	.59-.95

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; * signifikantes Odds-Ratio
 n= 386; missing data= 0

Die für die Nachbefragung erreichten Personen haben sich signifikant häufiger freiwillig in eine Therapie begeben als unfreiwillig (54% vs. 42%; OR: 1.24 vs. .75).

Tabelle 52 Aufenthaltsdauer 6 bzw. 9 Monate (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=189)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=197)	OR	95% CI
Aufenthalt bis 6 Monate	28	.62*	.49-.80	48	1.50*	1.24-1.81
Aufenthalt bis 9 Monate	42	.72*	.58-.89	58	1.37*	1.12-1.68

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; * signifikantes Odds-Ratio
 n= 386; missing data= 0

Auch beim Vergleich der Aufenthaltsdauer mit der Erreichbarkeit zeigen sich signifikante Unterschiede (Tabelle 52). In der Gruppe der Erreichten sind Aufenthalte von weniger als sechs Monaten signifikant seltener als in der Gruppe der Nichterreichten (28% versus 48%; OR: .62 vs. 1.50). Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn die Aufenthalte von unter neun Monaten mit denjenigen über neun Monaten verglichen werden: In der Gruppe der Erreichten sind Aufenthalte bis zu neun Monaten ebenfalls seltener als in der Gruppe der Nichterreichten (42% versus 58%; OR: .72 vs. 1.37).

Tabelle 53 Art des Austrittes aus der Therapie (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=188)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=192)	OR	95% CI
Regulärer Austritt	65	1.55*	1.24-1.93	45	.66*	.54-.81

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; * signifikantes Odds-Ratio
n= 386; missing data= 6

Auch der Austrittsmodus geht mit signifikanten Unterschieden in der Erreichbarkeit einher (Tabelle 53): In der Gruppe der Erreichten verzeichnen 65% einen regulären Therapieabschluss, während der entsprechende Anteil bei den Nichterreichten nur 45% beträgt (OR: 1.55 vs. .66).

5.2.1.7. Fazit

Vergleicht man die für die Nachbefragung erreichten Therapieteilnehmenden mit denjenigen, die nicht für ein Nachbefragungsinterview gewonnen werden konnten, unterscheiden sich die beiden Gruppen in Bezug auf ihre Eintrittssituation nur gering voneinander. Weder die untersuchten soziodemographischen Merkmale noch der familiäre soziokulturelle Hintergrund, die strukturelle Integration vor Eintritt oder die Merkmale sozialer Desintegration und Marginalisierung hängen mit der Erreichbarkeit zusammen. Einzige Ausnahme bildet die Nationalität der Befragten: so konnten Personen schweizerischer Nationalität häufiger erreicht werden als solche ausländischer Nationalität. Demgegenüber spielen Merkmale des Therapieaufenthaltes für die Erreichbarkeit eine deutliche Rolle: die erreichten Personen sind vergleichsweise häufiger solche mit einem freiwilligen Therapieeintritt, mit einem längeren Verbleiben in der Therapie (mehr als 6 Monate resp. mehr als 9 Monate) sowie mit einem regulären Therapieabschluss.

5.2.2. Bedeutung des Therapieabbruches für die Erreichbarkeit in der Nachbefragung

Da Personen mit einem irregulären Therapieaustritt offensichtlich in der Stichprobe der nachbefragten Personen untervertreten sind, stellt sich die Frage, welches Segment dieser Gruppe (d.h. aller irregulär Ausgetretenen) erreicht werden konnte. In den folgenden Abschnitten werden deshalb die Personen mit einem irregulären Therapieabschluss, die für ein Interview erreicht resp. nicht erreicht werden konnten, bezüglich ihrer Lebenssituation beim Eintritt verglichen.

5.2.2.1. Soziodemographische Merkmale

Die erreichten Personen mit irregulärem Austritt werden in Tabelle 54 zunächst mit den nichterreichten Personen, die irregulär aus der Therapie ausgetreten sind, bezüglich Geschlecht und Alter verglichen.

Tabelle 54 Soziodemographische Merkmale (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=65)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=106)	OR	95% CI
Männer ¹⁾	75	.68	.45-1.02	86	1.34	.92-1.97
17-26-Jährige ²⁾	65	1.50	.99-2.25	49	.79	.62-1.00

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data ¹⁾= 0, missing data ²⁾= 0

Bezüglich dem Geschlecht zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 54). Dasselbe gilt für auch für das Alter.

5.2.2.2. Soziokultureller Hintergrund

In den folgenden Tabellen ist dargestellt, inwiefern der soziokulturelle Hintergrund – gemessen an der eigenen Nationalität der Befragten, dem familiären Hintergrund sowie an der sprachlichen Integration der Eltern – mit der Erreichbarkeit der Personen zusammenhängt, welche irregulär aus der Therapie ausgetreten sind.

Tabelle 55 Nationalität (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte)

	Erreichte % (n=65)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=106)	OR	95% CI
Schweizer	83	1.45	.84-2.49	74	.82	.65-1.05

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data= 0

Bezogen auf die eigene Nationalität zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den erreichten und den nichterreichten Personen mit irregulärem Therapieaustritt (Tabelle 55).

Tabelle 56 Merkmale der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=59)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=88/92)	OR	95% CI
Schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie ¹⁾	20	1.18	.79-1.77	15	.80	.50-1.28
Mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos ²⁾	22	.84	.51-1.38	27	1.11	.84-1.46

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data ¹⁾= 24, missing data ²⁾=20

Auch vor dem soziokulturellen familiären Hintergrund und der sprachlichen Integration der Eltern in die schweizerische Gesellschaft ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Erreichbarkeit der Personen, die ihre Therapie abgebrochen haben (Tabelle 56).

5.2.2.3. Strukturelle Integration

Im Folgenden ist dargestellt, inwiefern sich die nicht regulär Ausgetretenen bezüglich ihrer Erreichbarkeit unterscheiden, wenn man die strukturelle Integration im Jahr vor dem Therapieeintritt betrachtet.

*Tabelle 57 Wohn- und Arbeitssituation (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte)
(Mehrfachnennungen möglich)*

	Erreichte % (n=65)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=106)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	66	1.20	.79-1.81	59	.90	.71-1.14
ausserhalb des Arbeitsmarktes	35	.68	.45-1.03	50	1.25	.99-1.58

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data= 0; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Bei Betrachtung der strukturellen Integration in Zusammenhang mit der Erreichbarkeit der Personen mit irregulärem Abschluss zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 57).

Tabelle 58 Finanzielle Situation (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte)

	Erreichte % (n=61)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=97)	OR	95% CI
finanziell autonom	36	.92	.61-1.39	39	1.05	.82-1.35
private Unterstützung	23	1.30	.85-2.00	16	.83	.59-1.18
unterstützt vom Sozialamt	39	.90	.60-1.36	43	1.06	.83-1.36

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data= 13; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Erreichbarkeit der irregulär Ausgetretenen hängt auch nicht mit ihren finanziellen Abhängigkeit im Jahr vor dem Eintritt zusammen (Tabelle 58).

5.2.2.4. Desintegration und Marginalisierung

Welche Rolle die untersuchten Merkmale sozialer Marginalität bei den irregulär Ausgetretenen hinsichtlich der Erreichbarkeit spielen, ist in Tabelle 59 ersichtlich.

Tabelle 59 Soziale Desintegration und Marginalisierung (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=65)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=106)	OR	95% CI
Die „Legalen“	26	1.12	.73-1.72	23	.93	.69-1.24
Die „Illegalen“	54	.87	.59-1.27	59	1.09	.86-1.39
Szene als Heimat	20	1.09	.68-1.74	18	.95	.69-1.30
Kaum Verurteilungen	28	.83	.54-1.28	34	1.11	.88-1.41
Kleinkriminelle	34	1.20	.81-1.79	27	.89	.67-1.17
Umfassend Vorbestrafte	39	.99	.67-1.47	39	1.00	.79-1.28

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio

n= 171; missing data= 0; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Überraschenderweise bedeuten die Verankerung in der Drogenszene und die Ausübung illegaler Aktivitäten keine Risikofaktoren bezüglich der Erreichbarkeit von Personen, die irregulär aus der Therapie ausgetreten sind (Tabelle 59). Dasselbe gilt auch für vorangehende Verurteilungen.

5.2.2.5. Muster des Drogengebrauchs

Inwiefern zwischen dem Muster des Drogengebrauchs vor Therapieeintritt und der Erreichbarkeit der Personen mit irregulärem Therapieabschluss ein Zusammenhang besteht, ist im Folgenden dargestellt.

Tabelle 60 Muster des Drogengebrauchs (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte)

	Erreichte % (n=61)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=95)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	21	.73	.45-1.21	31	1.19	.92-1.54
Heroingebraucher	51	1.45	.98-2.13	36	.78	.59-1.03
Hard-Core-Gebraucher	28	.84	.54-1.32	34	1.11	.86-1.44

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio

n= 171; missing data= 15; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

In Bezug auf die Konsummuster lassen sich keine systematischen Unterschiede nachweisen (Tabelle 60).

5.2.2.6. Merkmale des Therapieaufenthaltes

Schliesslich soll für die irregulär Ausgetretenen noch untersucht werden, ob die Freiwilligkeit des Eintrittes und die Aufenthaltsdauer hinsichtlich der Erreichbarkeit eine Rolle spielen.

Tabelle 61 Freiwilligkeit des Eintrittes (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte)

	Erreichte % (n=65)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=106)	OR	95% CI
Freiwilliger Eintritt	66	1.35	.89-2.05	55	.84	.66-1.06

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data= 0

Ein freiwilliger Eintritt bei den irregulär Ausgetretenen steht nicht in signifikantem Zusammenhang mit der Erreichbarkeit für die Nachbefragung (Tabelle 61).

Tabelle 62 Aufenthaltsdauer 6 bzw. 9 Monate (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich)

	Erreichte % (n=65)	OR	95% CI	Nichterreichte % (n=106)	OR	95% CI
Aufenthalt bis 6 Monate	60	.79	.54-1.16	69	1.17	.90-1.52
Aufenthalt bis 9 Monate	75	.97	.62-1.50	76	1.02	.77-1.35

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 171; missing data= 0

Wenn man die Aufenthaltsdauer betrachtet, zeigen sich keine deutlichen Unterschiede in Hinsicht auf die Erreichbarkeit jener Personen, die irregulär aus der Therapie ausgetreten sind (Tabelle 62). Dies gilt sowohl bezogen auf den cut-off-point bei sechs Monaten als auch denjenigen bei neun Monaten Aufenthaltsdauer.

5.2.2.7. Fazit

Personen mit einem irregulären Therapieaustritt sind in der Stichprobe der Nachbefragten untervertreten. Deshalb wurde geprüft, ob sich erreichte von nichterreichten Abbrechern unterscheiden. Signifikante Unterschiede konnten dabei jedoch nicht gefunden werden.

5.2.3. Analyse der Todesfälle

Während der Katamnesezeit von anderthalb Jahren sind 18 von den 404 zu befragenden Personen gestorben. In den folgenden Abschnitten wird analysiert, inwiefern sich die Verstorbenen von der restlichen Stichprobe unterscheiden.

5.2.3.1. Soziodemographische Merkmale

In Tabelle 63 ist ersichtlich, inwiefern sich die Verstorbenen hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale Geschlecht und Alter von der restlichen Stichprobe unterscheiden.

Tabelle 63 Soziodemographische Merkmale (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich)

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=377/373)	OR	95% CI
Männer ¹⁾	94	3.92	.53-28.98	81	.96	.93-1.00
17-26-Jährige ²⁾	56	1.19	.48-2.96	51	.99	.95-1.04

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data ¹⁾= 9, missing data ²⁾=13

Weder bezüglich Geschlecht noch Alter unterscheiden sich die Verstorbenen von der restlichen Stichprobe signifikant (Tabelle 63).

5.2.3.2. Soziokultureller Hintergrund

Ob sich die Verstorbenen von der restlichen Stichprobe hinsichtlich ihrem soziokulturellen Hintergrund unterscheiden, wird im Folgenden wiederum anhand der Indikatoren „eigene Nationalität“, „soziokultureller familiärer Hintergrund“ (schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie) und „sprachliche Integration der Eltern“ untersucht.

Tabelle 64 Nationalität (Todesfälle / restliche Stichprobe)

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stich- probe % (n=372)	OR	95% CI
Schweizer	83	1.19	.35-4.01	81	.99	.94-1.05

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data= 14

Wird als Indikator die eigene nationale Herkunft der Person berücksichtigt, ist kein statistisch signifikanter Unterschied auszumachen (Tabelle 64).

Tabelle 65 Merkmale der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich)

	Todesfälle % (n=16/17)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=339/351)	OR	95% CI
Schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie ¹⁾	25	1.02	.96-1.10	17	.65	.22-1.94
Mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos ²⁾	18	.80	.23-2.70	21	1.01	.96-1.06

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data ¹⁾= 49, missing data ²⁾=36

Stehen die Frage nach der Nähe bzw. Ferne der Eltern zur schweizerischen Kultur, sowie die sprachliche Integration der Eltern im Zentrum (Tabelle 65), sind zwischen den Verstorbenen und der restlichen Stichprobe ebenfalls keine signifikanten Unterschied auszumachen.

5.2.3.3. Strukturelle Integration

In den folgenden Tabellen ist ersichtlich, ob sich die Verstorbenen von der restlichen Stichprobe hinsichtlich ihrer Wohn- und Arbeitssituation sowie der finanziellen Situation beim Eintritt in die Therapie unterscheiden.

Tabelle 66 Wohn- und Arbeitssituation (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich)

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=386)	OR	95% CI
integriert/autonom wohnend	72	4.42	.52-3.92	64	.98	.94-1.03
ausserhalb des Arbeitsmarktes	22	.37	.12-1.10	45	1.04	1.00-1.08

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data= 0

Es zeigt sich, dass die Verstorbenen bezüglich ihrer Wohn- und Arbeitssituation bei Eintritt nicht signifikant von der restlichen Stichprobe abweichen (Tabelle 66).

Tabelle 67 *Finanzielle Situation (Todesfälle / restliche Stichprobe)*

	Todesfälle % (n=16)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=359)	OR	95% CI
finanziell autonom	50	1.37	.53-3.58	42	.99	.94-1.03
private Unterstützung	13	.62	.15-2.68	19	1.02	.97-1.07
unterstützt vom Sozialamt	38	.93	.35-2.51	39	1.00	.96-1.05

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data= 29; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Auch was die finanziellen Abhängigkeiten anbelangt, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Verstorbenen und der übrigen Stichprobe (Tabelle 67).

5.2.3.4. Desintegration und Marginalisierung

Ob sich die Verstorbenen von der übrigen Stichprobe in Merkmalen der sozialen Desintegration und Marginalisierung unterscheiden, ist in der folgenden Tabelle ersichtlich.

Tabelle 68 *Soziale Desintegration und Marginalisierung (Todesfälle / restliche Stichprobe)
(Mehrfachnennungen möglich)*

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=386)	OR	95% CI
Die „Legalen“	39	1.96	.78-4.92	24	.96	.91-1.02
Die „Illegalen“	50	.76	.31-1.87	57	1.01	.97-1.06
Szene als Heimat	11	.55	.13-2.33	19	1.02	.98-1.07
Kaum Verurteilungen	22	.65	.22-1.92	31	1.02	.98-1.06
Kleinkriminelle	39	1.60	.64-4.02	28	.98	.93-1.03
Umfassend Vorbestrafte	39	.92	.36-2.33	41	1.00	.96-1.05

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data= 0

In Bezug auf die Integration innerhalb der drogengebrauchenden Kreise unterscheiden sich die Verstorbenen nicht von den Überlebenden (Tabelle 68). Das gleiche gilt, wenn man das Vorkommen von Verurteilungen in der Biographie ins Zentrum stellt.

5.2.3.5. Muster des Drogengebrauchs

In der folgenden Tabelle ist dargestellt, inwiefern sich die Verstorbenen von der restlichen Stichprobe unterscheiden, wenn das frühere Konsummuster betrachtet wird.

Tabelle 69 Muster des Drogengebrauches (Todesfälle / restliche Stichprobe)

	Todesfälle % (n=17)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=355)	OR	95% CI
ohne täglichen Gebrauch	29	1.25	.45-3.45	25	.99	.94-1.04
Heroingebräucher	41	.83	.32-2.14	46	1.01	.97-1.05
Hard-Core-Gebraucher	29	1.01	.36-2.79	29	1.00	.95-1.05

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data= 32, Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Auch hinsichtlich des früheren Konsummusters unterscheiden sich die Verstorbenen von der restlichen Stichprobe nicht signifikant (Tabelle 69).

5.2.3.6. Merkmale des Therapieaufenthaltes

Schliesslich wird in diesem Abschnitt noch dargestellt, ob es Unterschiede zwischen den hier verglichenen Gruppen gibt, wenn man die verschiedenen Merkmale des Therapieaufenthaltes bezieht.

Tabelle 70 Freiwilligkeit des Eintrittes (Todesfälle / restliche Stichprobe)

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stichprobe % (n=386)	OR	95% CI
Freiwilliger Eintritt	67	1.43	.55-3.76	58	.98	.94-1.03

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio
n= 404; missing data= 0

Personen mit einem freiwilligen Therapiebeginn sind in der restlichen Stichprobe nicht anders vertreten als in der Gruppe der Verstorbenen (Tabelle 70).

Tabelle 71 *Aufenthaltsdauer 6 bzw. 9 Monate (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich)*

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stich- probe % (n=386/386)	OR	95% CI
Aufenthalt bis 6 Monate	50	1.61	.65-3.96	38	.98	.93-1.02
Aufenthalt bis 9 Monate	89	7.46*	1.74-32.04	50	.93*	.90-.97

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; * signifikantes Odds-Ratio
n= 404; missing data= 0

Bei Betrachtung der Aufenthaltsdauer in Zusammenhang mit den Todesfällen zeigt sich ein signifikanter Unterschied bezogen auf eine Aufenthaltsdauer von unter resp. über 9 Monaten: 89% der Verstorbenen gegenüber 50% der restlichen Stichprobe waren höchstens neun Monate in Therapie (OR: 7.46 vs. .93). Personen mit einem Aufenthalt von mindestens 9 Monaten gehören somit seltener zur Gruppe der im Katamnesezeitraum verstorbenen Personen.

Tabelle 72 *Art des Austrittes aus der Therapie (Todesfälle / restliche Stichprobe)*

	Todesfälle % (n=18)	OR	95% CI	restliche Stich- probe % (n=386/386/380)	OR	95% CI
Regulärer Austritt	59	1.16	.45-2.99	55	.99	.95-1.04

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md = missing data;
n=404; missing data=6

Kein Unterschied zwischen den Verstorbenen und der restlichen Stichprobe zeigt sich, wenn man die Regularität des Austrittes, dargestellt in Tabelle 72, betrachtet.

5.2.3.7. Fazit

Vergleicht man die im Katamnesezeitraum verstorbenen Personen mit der restlichen Stichprobe der nachzubefragenden Behandlungsteilnehmer, sind sich diese Gruppen weitgehend ähnlich. Einzige Ausnahme: in der Gruppe der Verstorbenen sind Personen mit kürzerem Therapieaufenthalt (unter 9 Monaten) signifikant häufiger vertreten als in der restlichen Stichprobe.

5.3. Soziale Situation und Muster des Drogengebrauchs in der Nachbefragung

5.3.1. Typische Muster der Rehabilitation

In den folgenden Abschnitten geht es um die Frage, wie die soziale Rehabilitation und die Muster des Drogengebrauchs nach einem stationären Aufenthalt aussehen. Indikatoren für die Rehabilitation sind analog zur Eintrittssituation die Wohn- und Arbeitssituation, die finanziellen Abhängigkeiten, die Kontakte zu Drogenabhängigen, gerichtliche Verurteilungen (hier: seit dem Austritt) und die Muster des Drogengebrauchs.

Wie bereits in der Eintrittserhebung, wurden auch in der Nachbefragung für die einzelnen Bereiche der strukturellen Integration resp. Desintegration und Marginalisierung mehrere Indikatoren erhoben, und es wurden darauf basierend für die einzelnen Dimensionen Clusteranalysen durchgeführt. Die entsprechenden Fragen waren, mit Ausnahme der Legalsituation, jeweils für drei separate Zeitspannen – die ersten sechs Monate nach Austritt, sechs bis zwölf Monate nach Austritt und zwölf bis achtzehn Monate nach Austritt – gestellt worden. In den Clusteranalysen konnten diese Zeitspannen als Einzelvariablen berücksichtigt werden, was es ermöglicht, in der Typologisierung auch Veränderungen zeitlich zu erfassen.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Typologisierung der Rehabilitationsdimensionen in der Nachbefragung gleich aussieht wie die typischen Muster der sozialen Situation und des Drogengebrauchs beim Eintritt. Angesichts der Tatsache, dass ein wichtiges Ziel einer therapeutischen Intervention in der Veränderung der sozialen Situation sowie der Konsummuster der Betroffenen besteht, ist vielmehr zu erwarten, dass sich eine solche Veränderung auch in einer anders aussehenden typischen Struktur der untersuchten Dimensionen in der Rehabilitation ausdrückt.

5.3.1.1. Strukturelle Integration

Die Merkmale der strukturellen Integration zur Zeit der Nachbefragung - Wohnsituation, Arbeitssituation und finanzielle Autonomie - zeigen auf, inwiefern die Rehabilitationsphase für die Betroffenen dazu beigetragen hat, sich innerhalb konventioneller Strukturen zu verankern.

Wohnsituation

Wichtige Indikatoren der Wohnsituation sind Wohnen in einer autonomen Form, integriertes Wohnen und Wohnen mit einem Partner oder allein. In der entsprechenden Clusteranalyse konnten drei Cluster eruiert werden (Tabelle 73).

Tabelle 73 Klassifikation der Wohnsituation seit Austritt (Cluster Centers)

Wohnt ganze/ meiste Zeit im Zeitraum...	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
...der ersten 6 Monate autonom	1.73	1.00	1.92
...von 6-12 Monaten autonom	1.90	1.04	1.00
...der letzten 6 Monate autonom	1.78	1.07	1.00
...der ersten 6 Monate integriert	1.92	1.00	2.00
...von 6-12 Monaten integriert	2.00	1.05	1.08
...der letzten 6 Monate integriert	1.84	1.08	1.12
...der ersten 6 Monate mit Partner	1.90	1.81	2.00
...von 6-12 Monaten mit Partner	1.96	1.78	1.68
...der letzten 6 Monate mit Partner	1.94	1.76	1.72

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Desintegriertes Wohnen* (Cluster 1, n=49): Die Befragten dieser Kategorie wohnten seit dem Austritt meistens weder autonom noch integriert. Kaum jemand lebte mit einem Partner zusammen.
- *Autonomes/integriertes Wohnen* (Cluster 2, n=115): Diese Kategorie ist gekennzeichnet durch eine autonome und integrierte Wohnsituation. Bereits in den ersten 6 Monaten nach dem Austritt wiesen die Befragten in dieser Kategorie eine integrierte und autonome Wohnsituation auf, die sie auch in den zwei weiteren Beobachtungsperioden beibehalten konnten. Nur ein kleiner Teil lebte jedoch mit einem Partner zusammen.
- *Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen* (Cluster 3, n=25): Im Gegensatz zur Kategorie zwei wohnten die Befragten in dieser Kategorie in den ersten sechs Monaten nach dem Austritt noch innerhalb eines institutionellen Rahmens: Keiner von ihnen berichtet über eine integrierte Wohnsituation und bis auf zwei Personen wohnten alle nicht autonom. Nach dieser Anfangsphase haben aber alle Befragten in dieser Kategorie zu einer autonomen Wohnsituation gefunden, die in den meisten Fällen auch als integriert bezeichnet werden kann. Auch in dieser Kategorie lebte nur ein kleiner Teil in einer Partnerschaft.

In der entsprechenden Diskriminanzanalyse konnten 98.4% der Befragten richtig klassifiziert werden.

Arbeitssituation

Ein wichtiges Ziel der Rehabilitation ist die Reintegration der Betroffenen in den Arbeitsmarkt. Die wichtigsten hier verwendeten Indikatoren der Arbeitssituation sind analog zur Eintrittsbefragung der Umfang der Berufstätigkeit und der Stellenwert des Einkommens durch den Hauptberuf in der Finanzierung des Lebensunterhaltes. Im Gegensatz zur Eintrittssituation trägt aber eine nur gelegentliche Beschäftigung zur Typologisierung nicht mehr bei. Mittels einer Clusteranalyse konnten drei Cluster eruiert werden (Tabelle 74).

Tabelle 74 Klassifikation der Arbeitssituation seit Austritt (Cluster Centers)

Im Zeitraum...	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
...der ersten 6 Monate ganze/ meiste Zeit gearbeitet	1.40	1.16	1.96
...von 6-12 Monaten ganze/ meiste Zeit gearbeitet	1.68	1.06	1.94
...der letzten 6 Monate ganze/ meiste Zeit gearbeitet	2.00	1.00	1.82
...der ersten 6 Monate ganze/ meiste Zeit vom Hauptberuf gelebt	1.00	1.09	1.97
...von 6-12 Monaten ganze/ meiste Zeit vom Hauptberuf gelebt	1.28	1.04	1.92
...der letzten 6 Monate ganze/ meiste Zeit vom Hauptberuf gelebt	1.64	1.01	1.81

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Abnehmende Arbeitsintegration* (Cluster 1, n=25): Mehr als die Hälfte der Personen dieser Gruppe hatte in den ersten sechs Monaten nach Therapieaustritt eine Voll- oder Teilzeitarbeit, die aber bis zum Zeitpunkt der Befragung wieder verloren ging. Dementsprechend gelang es allen Befragten in dieser Kategorie, in den ersten 6 Monaten den Lebensunterhalt in einem relevanten Ausmass durch die eigene Berufstätigkeit zu finanzieren. Dies trifft jedoch immer weniger zu, je länger der Austritt aus der Therapie zurückliegt.
- *Gute Arbeitsintegration* (Cluster 2, n=69): Die Befragten dieser Kategorie haben alle seit Therapieaustritt über eine reguläre Anstellung verfügt und Voll- oder Teilzeit gearbeitet. Sie blieben auch bis zum Nachbefragungszeitpunkt im Arbeitsmarkt integriert.
- *Schlechte Arbeitsintegration* (Cluster 3, n=95): Die Personen dieser Kategorie sind gekennzeichnet durch eine durchwegs schlechte Arbeitsmarktintegration in den 18 Monaten nach Therapieaustritt. Nur ganz wenige haben in einem der drei Beobachtungsintervalle die ganze oder die meiste Zeit gearbeitet. Dementsprechend hat das Einkommen vom Hauptberuf keinen zentralen Stellenwert in der Finanzierung des Lebensunterhaltes eingenommen.

Die Diskriminanzanalyse ergab eine korrekte Klassifizierung von 98.4% der Personen.

Finanzielle Situation

Die Analyse der finanziellen Abhängigkeiten berücksichtigt in der Nachbefragung, wie schon bei der Beschreibung der Eintrittssituation, die finanzielle Unterstützung durch die Eltern, das Sozialamt oder die Arbeitslosenversicherung. Zusätzlich schliesst sie die Frage mit ein, ob die Betroffenen über eine Rente verfügen. Es haben sich drei Cluster ergeben (Tabelle 75).

Tabelle 75 Klassifikation der finanziellen Abhängigkeiten seit Austritt (Cluster Centers)

Wurde mindestens zeitweise finanziell im Zeitraum...	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
...der ersten 6 Monate von Eltern unterstützt	1.95	1.10	1.93
...von 6-12 Monaten von Eltern unterstützt	1.98	1.02	1.96
...der letzten 6 Monate von Eltern unterstützt	1.94	1.17	1.96
...der ersten 6 Monate von Sozialamt unterstützt	1.90	1.68	1.09
...von 6-12 Monaten von Sozialamt unterstützt	1.96	1.80	1.07
...der letzten 6 Monate von Sozialamt unterstützt	1.91	1.83	1.15
...der ersten 6 Monate durch IV-Rente unterstützt	1.86	1.98	1.96
...von 6-12 Monaten durch IV-Rente unterstützt	1.86	1.98	1.96
...der letzten 6 Monate durch IV-Rente unterstützt	1.84	1.98	1.93
...der ersten 6 Monate durch AL-Rente unterstützt	1.92	1.85	1.93
...von 6-12 Monaten durch AL-Rente unterstützt	1.87	1.83	1.96
...der letzten 6 Monate durch AL-Rente unterstützt	1.87	1.88	1.93

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Finanziell unabhängig* (Cluster 1, n=102): Personen dieser Kategorie kamen nach dem Austritt aus der Therapie von Beginn an finanziell weitgehend ohne private oder soziale Unterstützung zurecht.
- *Von Eltern unterstützt* (Cluster 2, n=41): Die meisten Personen dieser Kategorie wurden in der Zeit nach Therapieaustritt durch die Eltern mindestens zeitweise finanziell unterstützt. Sie waren aber weitgehend unabhängig von anderen Finanzierungsquellen.
- *Von Sozialamt unterstützt* (Cluster 3, n=46): Personen dieser Gruppe wurden mindestens zeitweise durch das Sozialamt unterstützt. Sie wurden aber weder durch die Eltern noch durch andere soziale Quellen finanziert.

Einkommen aus Invaliden- oder Arbeitslosenversicherung kamen bei allen drei Kategorien nur vereinzelt vor.

Mittels Diskriminanzanalyse konnte eine korrekte Klassifizierung von 96.3% der Betroffenen nachgewiesen werden.

5.3.1.2. Desintegration und Marginalisierung

Wiederum werden als Indikatoren der sozialen Desintegration und Marginalisierung einerseits die soziale Verankerung in der Drogenszene und andererseits illegale Aktivitäten, sowie gerichtliche Verurteilungen und die Muster des Drogengebrauchs verwendet.

Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise

Die Häufigkeit der Szenenkontakte wurde, wie die übrigen Indikatoren, ebenfalls über die Zeitspanne von 18 Monaten nach der Therapie analysiert, wobei mittels einer Clusteranalyse drei spezifische Muster der Szenenverankerung ermittelt werden konnten (Tabelle 76). Im Gegensatz zur Eintrittssituation berichten bei der Nachbefragung nur ganz wenige Befragte über illegale oder semilegale Einkommen in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus der Therapie. Deshalb beruht die Klassifikation der Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise nur auf der Häufigkeit der Kontakte mit drogenbenützenden Kollegen.

Tabelle 76 *Klassifikation der Verankerung in drogenbenützenden Kreisen seit Austritt (Cluster Centers)*

Im Zeitraum...	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
..der ersten 6 Monate viele Kontakte in Drogenszene	1.80	1.25	1.92
...von 6-12 Monaten viele Kontakte in Drogenszene	2.00	1.10	1.98
...der letzten 6 Monate viele Kontakte in Drogenszene	1.88	1.20	1.97
..der ersten 6 Monate gelegentlich Kontakte in Drogenszene	1.36	1.85	1.97
...von 6-12 Monaten gelegentlich Kontakte in Drogenszene	1.04	2.00	2.00
...der letzten 6 Monate gelegentlich Kontakte in Drogenszene	1.56	2.00	1.96

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Gelegentliche Kontakte* (Cluster 1, n=25): Die Befragten dieser Gruppe haben auch nach Austritt aus einer stationären Therapie Kontakte zur Drogenszene. Diese finden aber nur gelegentlich statt und nehmen im Laufe des Erhebungszeitraums, nach einer leichten Zunahme, wieder ab.
- *Viele Kontakte* (Cluster 2, n=20): Bei den meisten Personen dieser Kategorie sind konstant über die 18 Monate nach der Therapie viele Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen festzustellen.

- *Kaum Kontakte* (Cluster 3, n=144): Personen dieser Kategorie zeichnen sich dadurch aus, dass sie über den ganzen Zeitraum von 18 Monaten praktisch keine Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen aufweisen.

In der Diskriminanzanalyse konnten 96.8% der befragten Personen korrekt klassifiziert werden.

Verurteilungen nach Austritt

Bei der Beurteilung der Kontakte mit dem Justizsystem nach Austritt aus einer stationären Therapie werden diese danach unterschieden, wann die entsprechenden Delikte stattgefunden haben: erfolgte die Verurteilung wegen eines Deliktes vor, während oder nach der Therapie? Berücksichtigt werden auch die Gründe der Verurteilungen. Mittels einer Clusteranalyse liessen sich zwei Cluster eruieren (Tabelle 77).

Tabelle 77 Klassifikation der Verurteilungen seit Austritt (Cluster Centers)

	Cluster 1	Cluster 2
Verurteilung wegen Vergehen vor der Therapie	1.98	1.52
Verurteilung wegen Vergehen während der Therapie	1.99	2.00
Verurteilung wegen Vergehen seit der Therapie	1.97	1.26
Grund Verurteilung Konsum/ Besitz	1.99	1.48
Grund Verurteilung Handel/ Transport	2.00	1.61
Grund Verurteilung Beschaffungskriminalität	2.00	1.65
Grund Verurteilung Delikte gegen Leib/ Leben	2.00	1.71
Grund Verurteilung Diebstahl	2.00	1.71

Kode 1: stimmt; Kode 2: stimmt nicht

- *Keine Verurteilungen* (Cluster 1, n=158): Die meisten Personen in dieser Kategorie wurden in der Zeit nach dem Therapieaustritt nicht mehr verurteilt. In den wenigen Fällen, bei welchen eine Verurteilung doch vorkommt, betrifft diese nur Drogenkonsum oder -besitz.
- *Verurteilungen* (Cluster 2, n=31): In dieser Gruppe haben rund die Hälfte der Betroffenen Verurteilungen zu verzeichnen für Delikte, welche sie vor dem Eintritt in eine Therapie begangen haben. Drei Viertel der Personen dieser Kategorie weisen zudem auch Verurteilungen für Delikte auf, welche sie erst nach der Therapie begangen haben. Die Gründe für die Verurteilungen sind vielfältig. Rund die Hälfte hat Verurteilungen im Bereich Drogenkonsum und/oder -besitz zu verzeichnen. Drogenhandel und/oder -transport sowie Beschaffungsdelikte kommen bei ca. 40% der Befragten vor.

Die entsprechende Diskriminanzanalyse ergab eine korrekte Klassifizierung von 97.9% der betroffenen Personen.

5.3.1.3. Muster des Drogengebrauchs

Im Gegensatz zur Eintrittsbefragung wurden die Drogenkonsummuster in der Nachbefragung auf der Basis von logischen Kombinationen ermittelt. Im Zentrum steht die Frage, inwieweit die Betroffenen nach dem Therapieaustritt harte Drogen (Heroin und/oder Kokain) gebraucht haben. Eine Gruppierung auf Basis der logischen Kombinationen drängte sich auf, da erneuter Drogenkonsum bis heute als härtester Indikator für eine missglückte Rehabilitation angesehen wird. In die Bildung des kombinierten Indexes ist der Gebrauch von Heroin und Kokain in den ersten 6 Monaten nach dem Austritt, in den darauf folgenden 6 bis 12 Monaten und in den letzten 6 Monaten vor dem Interview eingeflossen.

Die Konsumhäufigkeit war, bezogen auf diese einzelnen Zeiträume, mittels der Kategorien „kein Konsum“, „selten“ (bis 3 von 30 Tagen), „gelegentlich“ (1-3 Tage pro Woche) und „(fast) täglich“ (4-7 Tage pro Woche) erhoben worden. In der folgenden Analyse wurden seltener und gelegentlicher Gebrauch als „gelegentlicher Gebrauch“ zusammengefasst, und der (fast) tägliche Gebrauch wird als „täglicher“ Gebrauch beschrieben.

Es können vier Kategorien definiert werden (Tabelle 78):

Tabelle 78 Muster des Drogengebrauchs seit Austritt

Mind. gelegentlicher Gebrauch von Heroin und/oder Kokain (n=189, md=3)	Anteil in %	Anzahl Personen
Keine harten Drogen (Kat. 1)	37	70
Harte Drogen während 6 Monaten (Kat. 2)	22	41
Harte Drogen während 12 Monaten (Kat. 3)	17	31
Harte Drogen während 18 Monaten (Kat. 4)	24	44

- *Keine harten Drogen konsumiert* (Kategorie 1, n=70): In die erste Kategorie fallen Personen, die in allen drei Beobachtungsperioden weder Heroin noch Kokain gebraucht haben.
- *Harte Drogen während 6 Monaten* (Kategorie 2, n=41): Betroffene in der zweiten Kategorie haben in einer der drei Beobachtungsperioden entweder Kokain und/oder Heroin gelegentlich oder täglich gebraucht.
- *Harte Drogen während 12 Monaten* (Kategorie 3, n=31): Der dritten Kategorie gehören Personen an, die in mindestens zwei Beobachtungsperioden seit

dem Austritt Heroin und/oder Kokain gelegentlich oder täglich konsumiert haben.

- *Harte Drogen während 18 Monaten* (Kategorie 4, n=44): Alle Befragten in der vierten Kategorie haben in jedem der drei erfassten Zeiträume nach ihrem Austritt Heroin und/oder Kokain gelegentlich oder täglich gebraucht.

In der folgenden Tabelle 79 ist die Verteilung des Konsums von Heroin oder Kokain differenzierter dargestellt. Personen, welche während der ganze 18 Monate weder Heroin noch Kokain gebraucht haben (n=70) sind dabei nicht berücksichtigt. Für die übrigen Personen, welche mindestens gelegentlich während einer, zwei oder drei Beobachtungsperioden Heroin und/oder Kokain gebraucht haben, ist dargestellt, wie sich der gelegentliche und der tägliche Konsum von Heroin und/oder Kokain auf die einzelnen Beobachtungsperioden verteilt.

Tabelle 79 Verteilung des gelegentlichen und täglichen Gebrauchs von Heroin und Kokain bei Konsum während einer, zwei oder drei Beobachtungsperioden

Gebrauch von Heroin und/oder Kokain*		Gelegentlicher Gebrauch	Täglicher Gebrauch	Kein solcher Gebrauch
<i>Kategorie 2:</i> Mind. gelegentlicher Gebrauch während nur einer Beobachtungsperiode (n=41)	Heroin erste 6 Monate nach Austritt (%)	29	29	42
	Heroin 6-12 Monate nach Austritt (%)	5	5	90
	Heroin 12-18 Monate nach Austritt (%)	10	7	83
	Kokain erste 6 Monate nach Austritt (%)	29	5	66
	Kokain 6-12 Monate nach Austritt (%)	5	2	93
	Kokain 12-18 Monate nach Austritt (%)	10	2	88
<i>Kategorie 3:</i> Mind. gelegentlicher Gebrauch während zwei Beobachtungsperioden (n=31)	Heroin erste 6 Monate nach Austritt (%)	29	19	52
	Heroin 6-12 Monate nach Austritt (%)	26	26	48
	Heroin 12-18 Monate nach Austritt (%)	39	13	48
	Kokain erste 6 Monate nach Austritt (%)	29	10	61
	Kokain 6-12 Monate nach Austritt (%)	35	13	52
	Kokain 12-18 Monate nach Austritt (%)	29	3	68
<i>Kategorie 4:</i> Mind. gelegentlicher Gebrauch während drei Beobachtungsperioden (n=44)	Heroin erste 6 Monate nach Austritt (%)	54	32	14
	Heroin 6-12 Monate nach Austritt (%)	64	27	9
	Heroin 12-18 Monate nach Austritt (%)	61	21	18
	Kokain erste 6 Monate nach Austritt (%)	55	20	25
	Kokain 6-12 Monate nach Austritt (%)	62	11	27
	Kokain 12-18 Monate nach Austritt (%)	68	7	25

* n=189, md=3; nicht aufgeführt sind die Personen aus Kategorie 1 in Tab. 78 (kein Konsum von Heroin und Kokain, n=70)

Für die einzelnen Gruppen zeigt sich folgendes Bild:

- *Mindestens gelegentlicher Gebrauch während einer Beobachtungsperiode* (Kategorie 2, n=41): Bei der Gruppe von Personen, die während 6 Monaten Heroin und/oder Kokain mindestens gelegentlich gebraucht haben, hat erneuter Heroinkonsum mehrheitlich in den ersten 6 Monaten nach dem Austritt stattgefunden (29% haben in dieser Zeit täglich Heroin konsumiert, weitere 29% geben einen gelegentlichen Konsum an). Auch der Kokainkonsum ist in dieser Gruppe in den ersten 6 Monaten am häufigsten. Hier überwiegt jedoch gelegentlicher Konsum: 29% haben in den ersten 6 Monaten nach dem Austritt gelegentlich Kokain gebraucht, während der entsprechende Anteil für täglichen Gebrauch 5% (2 Personen) beträgt.
- *Mindestens gelegentlicher Gebrauch während zwei Beobachtungsperioden* (Kategorie 3, n=31): Für diese Gruppe zeigt sich, dass 19% der Befragten über einen täglichen Konsum von Heroin während der ersten 6 Monate nach dem Austritt berichten. Der entsprechende Anteil für den Zeitraum von 6 bis 12 Monaten beträgt 26%, und in den letzten 6 Monaten vor dem Interview haben noch 13% täglich Heroin konsumiert. Gelegentlicher Heroinkonsum kommt bei 29% der Personen dieser Kategorie im ersten Zeitraum vor, bei 26% in den folgenden 6 Monaten und bei 39% in den letzten 6 Monaten vor dem Interview. Keinen Heroinkonsum verzeichneten 52% der Personen dieser Gruppe in der ersten Beobachtungsperiode, 48% in der zweiten und ebenfalls 48% in der dritten Beobachtungsperiode. Kokaingebrauch kommt noch seltener vor: In der ersten Beobachtungsperiode haben 61% nach eigenen Angaben kein Kokain konsumiert, der entsprechende Anteil in der zweiten Beobachtungsperiode beträgt 52% und für den letzten Beobachtungszeitraum 68%. Täglicher Konsum von Kokain wird für den ersten Beobachtungszeitraum von 10% der Personen dieser Kategorie berichtet, für den zweiten Beobachtungszeitraum von 13% und für die 6 Monate vor dem Interview noch von 3% (1 Person).
- *Mindestens gelegentlicher Gebrauch während drei Beobachtungsperioden* (Kategorie 4, n=44): Auch Personen der vierten Kategorie haben nur zum kleineren Teil täglich Drogen konsumiert: 32% der über die gesamte Katamnesezeit Rückfälligen haben in den ersten 6 Monaten täglich Heroin konsumiert. In der Zeitspanne 6 bis 12 Monate nach dem Austritt beträgt der entsprechende Anteil 27% und in den letzten 6 Monaten vor dem Interview 21%. Die entsprechenden Anteile für Kokainkonsum sind 20%, 11% und 7%. 14% der Befragten in dieser Kategorie geben an, in den ersten 6 Monaten kein Heroin konsumiert zu haben. Für die folgenden 6 Monate beträgt der Anteil 9% und für die 6 Monate vor dem Interview 18%. Die entsprechenden Anteile für Kokain sind 25%, 27% und 25%.

In Tabelle 80 ist ergänzend der Zusammenhang zwischen dem Drogengebrauch in der Katamnesezeit und der Häufigkeit des *täglichen* Konsums dargestellt.

Tabelle 80 Mindestens gelegentlicher Konsum von harten Drogen seit Austritt und Anzahl tägliche Konsumphasen

Konsum von Heroin und/oder Kokain*	Kein täglicher Konsum	1-3 tägliche Konsumphasen	4-6 tägliche Konsumphasen
mindestens gelegentlicher Konsum während 6 Monaten (n=41) in %	56	44	0
mindestens gelegentlicher Konsum während 12 Monaten (n=31) in %	48	48	3
mindestens gelegentlicher Konsum während 18 Monaten (n=44) in %	45	48	7

* n=189, md=3; nicht aufgeführt sind die Personen aus Kategorie 1 in Tab. 78 (kein Konsum von Heroin und Kokain, n=70); Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Kategorie „kein täglicher Konsum“ bedeutet, dass diese Personen in keiner Zeitspanne Heroin oder Kokain täglich konsumiert haben. Die zweite Kategorie „1-3 tägliche Konsumphasen“ bedeutet, dass Personen mindestens eine, aber maximal drei Ereignisse mit täglichem Konsum aufweisen. Dabei bedeutet zum Beispiel die Anzahl „zwei tägliche Konsumereignisse“ entweder, dass in zwei Phasen eine der beiden Drogen täglich konsumiert wurde oder dass in einer Phase beide Drogen täglich genommen wurden. „4-6 tägliche Konsumereignisse“ bedeutet analog, dass entweder mindestens in zwei Phasen beide Drogen täglich konsumiert wurden und/oder dass sich der tägliche Konsum über alle drei Phasen ausstreckt. Mit der Anzahl „5 tägliche Konsumereignisse“ wird ausgedrückt, dass mindestens in drei Phasen täglich konsumiert wurde und in mindestens zwei von diesen beide Drogen.

Betrachtet man die entsprechenden Ergebnisse in Tabelle 80, zeigt sich, dass jeweils um die Hälfte der Personen, welche während 6, 12 oder 18 Monaten mindestens gelegentlich konsumiert haben, keinen täglichen Konsum aufweisen. Am grössten ist dieser Anteil mit 56% bei Personen mit mindestens gelegentlichem Konsum während nur 6 Monaten, am geringsten ist er mit 45% bei denjenigen Personen, welche während der ganzen 18 Monate seit Austritt mindestens gelegentlich harte Drogen konsumiert haben. Die restlichen Personen dieser drei Gruppen weisen mindestens eine bis maximal sechs „tägliche Konsumereignisse“ im oben definierten Sinne auf. Dabei zeigt sich, dass jeweils nur ein geringer Teil mehr als drei bis maximal sechs „tägliche Konsumereignisse“ zu verzeichnen hat.

5.3.1.4. Fazit

Die typischen Muster der Rehabilitation, welche für die Stichprobe der nachbefragten Personen mittels einer Clusteranalyse eruiert werden konnten, weisen in allen untersuchten Dimensionen Unterschiede sowie teilweise auch eine gewisse Dynamik auf.

Im Bereich der *strukturellen Integration* zeigt sich folgendes Bild:

- Drei Viertel der nachbefragten Personen (74%) wohnten in den eineinhalb Jahren nach Austritt weitgehend integriert und autonom, ein Teil davon allerdings erst in den letzten 12 Monaten vor der Befragung.
- Etwas mehr als einem Drittel der Personen (37%) ist eine gute Integration in den Arbeitsmarkt gelungen: sie haben während der 18 Monate seit Austritt die meiste oder ganze Zeit Vollzeit oder Teilzeit gearbeitet. Für 50% aller Nachbefragten trifft dies dagegen gar nicht zu: nur ganz wenige dieser Befragten haben überhaupt in einem der drei Beobachtungsintervalle gearbeitet. Die restlichen 13% hatten zumindest zum Teil unmittelbar nach der Therapie eine reguläre Arbeit (Voll- oder Teilzeit) inne, diese aber bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung wieder verloren.
- 46% der Befragten haben in den eineinhalb Jahren nach Austritt finanzielle Unterstützung entweder von privater Seite oder vom Sozialamt bezogen, während die übrigen 54% ihren Lebensunterhalt unabhängig von solcher Unterstützung finanzierten.

Im Bereich der *Desintegration und Marginalisierung* zeigen sich ebenfalls unterschiedliche Muster:

- Drei Viertel der Nachbefragten (76%) haben sich von drogenbenützenden Kreisen distanzieren können. 13% verzeichneten noch gelegentliche Kontakte und weitere 11% viele Kontakte zu solchen Kreisen.
- Der weitaus grösste Teil der nachbefragten Personen (84%) hat keine erneuten Verurteilungen seit Austritt zu verzeichnen. Nur 16% sind seit Therapiebeendigung wegen Vergehen vor oder nach der Therapie erneut verurteilt worden.

In Bezug auf den *Drogengebrauch* resp. die *Drogenfreiheit* als eine weitere wichtige Dimension der Rehabilitation haben gemäss Selbstangaben 38% der nachbefragten Personen während der ganzen 18 Monate nach Austritt keine harten Drogen (Heroin, Kokain) konsumiert. Die übrigen Personen haben mindestens gelegentlich wieder eine oder beide dieser Drogen gebraucht. 22% taten dies während sechs Monaten, 17% während zwölf Monaten und nur 23% während des ganzen Nachbefragungszeitraums. Ausserdem hat nur etwa die Hälfte aller Personen mit erneutem Konsum von Heroin und/oder Kokain eine

oder beide dieser Substanzen während mindestens einer Konsumphase *täglich* konsumiert.

In den meisten der untersuchten Aspekte der Rehabilitation weist somit jeweils eine Mehrheit der Befragten eine positive Nachbefragungssituation auf, eine Ausnahme bildet die Arbeitsintegration.

5.3.2. Soziodemographische Merkmale und Muster der Rehabilitation

Analog zu den Eintrittsbefunden werden in den folgenden Abschnitten die Muster der Rehabilitation eineinhalb Jahre nach dem Therapieaustritt im Zusammenhang mit den soziodemographischen Merkmalen „Alter“ und „Geschlecht“ dargestellt. Indikatoren für die Muster der Rehabilitation sind die in Kapitel 5.1.1 beschriebenen Dimensionen der strukturellen Integration, der sozialen Marginalität und des Drogengebrauchs in den eineinhalb Jahren nach dem Therapieaustritt.

5.3.2.1. Strukturelle Integration

Die strukturelle Integration wird im Folgenden anhand der Wohnsituation, der Arbeitssituation und der finanziellen Situation betrachtet.

Tabelle 81 Wohnsituation der Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige

	Altersgruppen (n=189, md=10)					
	17-26-Jährige % (n=93)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=86)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	60	1.04	.78-1.39	58	.96	.70-1.30
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	14	1.05	.70-1.56	13	.95	.60-1.51
Desintegriertes Wohnen	26	.92	.66-1.28	29	1.09	.78-1.51

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Im Bereich der altersspezifischen Verteilung der verschiedenen Wohnformen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 81).

Tabelle 82 Wohnsituation bei Männern und Frauen

	Geschlechtszugehörigkeit (n=189, md=8)					
	Männer % (n=143)	OR	95% CI	Frauen % (n=39)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	56	.85*	.74-.98	74	1.94*	1.01-3.74
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	13	1.01	.81-1.26	13	.97	.42-2.23
Desintegriertes Wohnen	31	1.21*	1.05-1.38	13	.40*	.17-.96

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Anders sieht der Vergleich der Geschlechter aus (Tabelle 82): Während nur 56% der Männer eineinhalb Jahre nach Austritt aus der stationären Therapie autonom und integriert leben, beträgt der entsprechende Anteil bei den Frauen 74% (OR: .85 vs. 1.94). Die Männer leben häufiger in einer desintegrierten Situation als die Frauen (31% vs. 13%; OR: 1.21 vs. .40). Beide Ergebnisse sind signifikant.

Tabelle 83 Arbeitssituation der Altersgruppen 17-26-Jährige/ 27-44-Jährige

	Altersgruppen (n=189, md=10)					
	17-26-Jährige % (n=93)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=86)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	37	1.06	.79-1.42	34	.94	.68-1.30
Abnehmende Arbeitsintegration	13	.91	.59-1.41	15	1.10	.73-1.66
Schlechte Arbeitsintegration	51	.99	.75-1.31	51	1.01	.75-1.37

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Betrachtet man die Eingliederung innerhalb der Arbeitswelt eineinhalb Jahre nach dem Austritt aus der stationären Therapie, zeigen sich keine signifikanten altersspezifischen Unterschiede (Tabelle 83).

Tabelle 84 Arbeitssituation bei Männern und Frauen

	Geschlechtszugehörigkeit (n=189, md=7)					
	Männer % (n=143)	OR	95% CI	Frauen % (n=39)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	36	.97	.83-1.14	39	1.10	.62-1.94
Abnehmende Arbeitsintegration	15	1.14	.97-1.35	8	.52	.17-1.57
Schlechte Arbeitsintegration	49	.96	.82-1.12	54	1.17	.67-2.04

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;
Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Vergleicht man die Männer und Frauen bezüglich ihrer Integration in die Arbeitswelt in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus einer stationären Therapie, zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 84).

Tabelle 85 Finanzielle Situation der Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige

	Altersgruppen (n=189, md=10)					
	17-26-Jährige % (n=93)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=86)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	43	.64*	.48-.85	66	1.66*	1.19-2.33
von Eltern unterstützt	26	1.33	1.00-1.79	15	.68	.43-1.09
von Sozialamt unterstützt	31	1.35*	1.02-1.79	19	.68	.44-1.04

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Betrachtet man die finanzielle Unabhängigkeit separat für die beiden Altersgruppen, zeigen sich interessante Unterschiede (Tabelle 85): Während die älteren Befragten signifikant häufiger über eine finanzielle Autonomie verfügen (66% vs. 43%; OR: 1.66 vs. .64), sind die Jüngeren signifikant häufiger abhängig von finanziellen Leistungen durch die Sozialhilfe (31% vs. 19%; OR: 1.35 vs. .68).

Tabelle 86 *Finanzielle Situation bei Männern und Frauen*

	Geschlechtszugehörigkeit (n=189, md=7)					
	Männer % (n=143)	OR	95% CI	Frauen % (n=39)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	54	.98	.84-1.14	56	1.08	.62-1.90
von Eltern unterstützt	21	1.01	.84-1.21	21	.98	.49-1.95
von Sozialamt unterstützt	25	1.02	.86-1.22	23	.91	.47-1.77

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Beim Vergleich der Geschlechter bezüglich ihren finanziellen Abhängigkeiten in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus der stationären Therapie zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 86).

5.3.2.2. Desintegration und Marginalisierung

Indikatoren der sozialen Desintegration und Marginalisierung in der Zeit nach einer stationären Therapie sind Kontakte zu drogenbenützenden Kolleginnen und Kollegen und das Vorkommen neuer Verurteilungen. Im Falle der Verurteilungen muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Kontakte nicht notwendigerweise auf Delikte zurückzuführen sind, die nach dem stationären Aufenthalt stattgefunden haben, sondern sich auf Delikte beziehen können, die bereits vor der Therapie erfolgt sind.

Tabelle 87 *Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen der Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige*

	Altersgruppen (n=189, md=10)					
	17-26-Jährige % (n=93)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=86)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	73	.89	.65-1.21	78	1.15	.79-1.68
Gelegentliche Kontakte	15	1.14	.79-1.66	12	.85	.52-1.40
Viele Kontakte	12	1.07	.70-1.63	11	.93	.56-1.55

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data
Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Betrachtet man die altersspezifischen Unterschiede in Bezug auf Kontakte zu drogengebrauchenden Kollegen, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 87).

Tabelle 88 Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen bei Männern und Frauen

	Geschlechtszugehörigkeit (n=189, md=7)					
	Männer % (n=143)	OR	95% CI	Frauen % (n=39)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	75	.95	.80-1.12	80	1.24	.61-2.49
Gelegentliche Kontakte	14	1.07	.88-1.30	10	.75	.29-1.93
Viele Kontakte	11	1.02	.81-1.29	10	.93	.37-2.33

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Ebenso wenig ergeben sich systematische Unterschiede, wenn man die Häufigkeit der Kontakte mit drogenbenützenden Kollegen separat für Frauen und Männer betrachtet (Tabelle 88).

Tabelle 89 Verurteilungen seit Austritt bei den Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige

	Altersgruppen (n=189, md=10)					
	17-26-Jährige % (n=93)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=86)	OR	95% CI
Keine Verurteilungen	83	.97	.67-1.40	84	1.04	.68-1.57
Verurteilungen	17	1.03	.71-1.49	16	.97	.64-1.47

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Auch in Bezug auf Kontakte zum Polizei- und Justizapparat zeichnen sich keine alters- oder geschlechtsspezifischen signifikanten Unterschiede ab: Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist in der Zeit nach Austritt nicht mehr verurteilt worden (Tabelle 89).

Tabelle 90 Verurteilungen seit Austritt bei Männern und Frauen

	Geschlechtszugehörigkeit (n=189, md=7)					
	Männer % (n=143)	OR	95% CI	Frauen % (n=39)	OR	95% CI
Keine Verurteilungen	82	.92	.77-1.10	87	1.40	.59-3.28
Verurteilungen	18	1.08	.91-1.29	13	.72	.30-1.69

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Überraschenderweise zeigt sich zwischen Männern und Frauen auch kein signifikanter Unterschied hinsichtlich erneuter Verurteilungen im Nachbefragungszeit-

raum: Männer sind seit dem Austritt aus der Therapie nicht signifikant häufiger als Frauen verurteilt worden (Tabelle 90).

5.3.2.3. Muster des Drogengebrauchs

In den folgenden Tabellen werden die Muster des Drogengebrauches separat nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet.

Tabelle 91 Drogengebrauch der Altersgruppen 17-26-Jährige/ 27-44-Jährige

	Altersgruppen (n=189, md=12)					
	17-26-Jährige % (n=93)	OR	95% CI	27-44-Jährige % (n=84)	OR	95% CI
keine harten Drogen	33	.91	.67-1.22	38	1.11	.81-1.53
harte Drogen während 6 Monaten	29	1.36*	1.03-1.80	17	.66	.42-1.05
harte Drogen während 12 Monaten	16	.94	.64-1.39	18	1.07	.72-1.58
harte Drogen während 18 Monaten	22	.85	.60-1.22	27	1.18	.84-1.64

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Vergleicht man die Altersgruppen bezüglich ihrer Rückfälligkeit nach der stationären Therapie, zeigt sich ein einziger signifikanter Unterschied (Tabelle 91): in der Kategorie des Gebrauchs von harten Drogen während 6 Monaten sind die jüngeren Befragten übervertreten (29% vs. 17%; OR: 1.36 vs. .66).

Tabelle 92 Drogengebrauch bei Männern und Frauen

	Geschlechtszugehörigkeit (n=189, md=9)					
	Männer % (n=141)	OR	95% CI	Frauen % (n=39)	OR	95% CI
keine harten Drogen	35	.94	.80-1.11	41	1.23	.70-2.16
harte Drogen während 6 Monaten	23	1.04	.87-1.23	21	.88	.44-1.75
harte Drogen während 12 Monaten	16	.89	.70-1.13	23	1.44	.76-2.73
harte Drogen während 18 Monaten	26	1.13	.97-1.32	15	.58	.26-1.29

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Keine signifikanten Unterschiede können im Gebrauch von harten Drogen nach dem Therapieaustritt bei Männern und Frauen beobachtet werden (Tabelle 92).

5.3.2.4. Fazit

Die soziodemographischen Merkmale „Alter“ und „Geschlecht“ gelten aufgrund früherer Befunde für die Rehabilitation nach einer stationären Drogentherapie in unterschiedlichem Ausmass als bedeutsam. Bezüglich des Alters wird teilweise ein Zusammenhang mit einer besseren Rehabilitation berichtet, teilweise wird kein Zusammenhang festgestellt oder gar ein negativer angenommen. Dasselbe gilt für die Geschlechtszugehörigkeit.

Die vorliegenden Ergebnisse, welche sich auf das Alter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns beziehen, konnten in Bezug auf die verschiedenen Muster der Rehabilitation nur wenige signifikante Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Altersgruppen (17-26-Jährige versus 27-44-Jährige) zu Tage fördern:

- Hinsichtlich der finanziellen Abhängigkeiten gehören die älteren Befragten häufiger zu jenen Personen, welche in der Zeit nach Therapieaustritt finanziell autonom lebten (ihre grössere finanzielle Autonomie geht jedoch nicht mit einer besseren Integration in den Arbeitsmarkt einher). Die Jüngeren sind in der Gruppe der vom Sozialamt unterstützten Personen übervertreten.
- Hinsichtlich der Konsummuster sind die jüngeren Befragten häufiger in der Gruppe der Personen zu finden, die nach Austritt während nur 6 Monaten wieder harte Drogen (Heroin und/oder Kokain) konsumiert haben.

Die Annahme, dass ältere Personen ein besseres Rehabilitationsergebnis aufweisen als jüngere, wird durch die vorliegenden Ergebnisse kaum gestützt, vielmehr werden jene Befunde bestätigt, die keinen deutlichen Zusammenhang zwischen Alter und Rehabilitationsstatus annehmen. Insbesondere wird ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Verankerung in drogenbenützenden Kreisen nicht bestätigt: weder sind die älteren Therapieabsolventen nach Austritt stärker in solche Kreise involviert, noch gelingt es ihnen besser als den Jüngeren, sich von der Szene zu distanzieren.

In Bezug auf die Geschlechtszugehörigkeit zeigten sich lediglich folgende signifikanten Unterschiede:

- Frauen wiesen gegenüber den Männern häufiger eine integrierte und autonome Wohnsituation auf. Männer waren häufiger in der Gruppe der Personen mit desintegrierter Wohnsituation vertreten.

Somit kann auch bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit nicht von einer deutlich unterschiedlichen Rehabilitationssituation gesprochen werden. Insbesondere die Hypothese, dass Frauen nach einer Behandlung häufiger als Männer mit

dem Konsum illegaler Drogen aufhören, wird durch die vorliegenden Ergebnisse nicht gestützt. Überraschenderweise zeigt sich auch kein Zusammenhang zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und gerichtlichen Verurteilungen im Nachbefragungszeitraum.

5.3.3. Soziokultureller Hintergrund und Muster der Rehabilitation

Der soziokulturelle Hintergrund ist für die Prozesse der sozialen Anpassung und Integration von Bedeutung. Eine andere Nationalität als die der herrschenden Kultur geht in der Regel einher mit einer grösseren sozialen Distanz zur autochthonen Umwelt. Auch die Frage, ob im Elternhaus neben der autochthonen noch eine andere Kultur in Form einer fremdländischen Herkunft eines Elternteils eine Rolle spielt, beeinflusst die Formen der sozialen Anpassung. Die soziale Distanz oder ein entstehender kultureller Konflikt dürften umso grösser sein, wenn sich ein oder beide Elternteile innerhalb der herrschenden Kultur auch sprachlich nicht mühelos bewegen können.

5.3.3.1. Strukturelle Integration

Zur Beschreibung der strukturellen Integration im Hinblick auf den soziokulturellen Hintergrund der Befragten werden wiederum die Wohnsituation, die Arbeitssituation und die finanzielle Situation berücksichtigt.

Tabelle 93 Wohnsituation und Nationalität

	Nationalität (n=189, md=11)					
	Schweizer % (n=152)	OR	95% CI	Ausländer % (n=26)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	61	1.04	.92-1.18	54	.79	.39-1.61
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	15	1.14*	1.03-1.28	4	.26	.04-1.81
Desintegriertes Wohnen	24	.87	.74-1.03	42	1.99	.98-4.02

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Betrachtet man die eigene Nationalität der Befragten, zeigt sich ein einziger signifikanter Unterschied (Tabelle 93): Die Befragten mit einem Schweizerpass gehören signifikant häufiger zu den Personen, die während der 18 Monate nach dem Austritt aus einer stationären Therapie zunehmend autonom und integriert wohnten (15% vs. 4%, OR: 1.14 vs. .26.).

Tabelle 94 Wohnsituation und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie

	Schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie (n=189, md=20)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=137)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	56	.87	.46-1.62	61	1.04	.89-1.20
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	16	1.24	.53-2.87	12	.95	.75-1.20
Desintegriertes Wohnen	28	1.05	.52-2.09	27	.99	.84-1.17

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die Frage, ob die Herkunftsfamilie schweizerisch/ ausländisch ist, zeigt keinen Zusammenhang mit der Wohnsituation nach dem Austritt aus einer stationären Therapie (Tabelle 94).

Tabelle 95 Wohnsituation und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos

	ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=189, md=17)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=140)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	53	.74	.40-1.38	62	1.07	.92-1.25
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	3	.23	.03-1.61	14	1.20*	1.06-1.36
Desintegriertes Wohnen	44	2.07*	1.12-3.82	24	.82	.67-1.00

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Etwas anders zeigt sich das Bild jedoch, wenn mindestens ein Elternteil die übliche Landessprache nicht mühelos anwenden kann (Tabelle 95): Befragte, die berichten, dass mindestens ein Elternteil die Landessprache nicht mühelos beherrscht, weisen in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus einer stationären Therapie signifikant häufiger eine desintegrierte Wohnsituation auf als die restlichen Therapieabgänger (44% vs. 24%; OR: 2.07 vs. .82). Befragte, deren Eltern keine Schwierigkeiten haben mit der Landessprache, gehören signifikant häufiger zu jener Gruppe, die ihre Wohnsituation nach dem Austritt zunehmend autonom und integriert gestalten konnte (14% vs. 3%; OR: 1.20 vs. .23).

Tabelle 96 Arbeitssituation und Nationalität

	Nationalität (n=189, md=11)					
	Schweizer % (n=152)	OR	95% CI	Ausländer % (n=26)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	37	1.07	.95-1.20	27	.67	.30-1.51
Abnehmende Arbeitsintegration	14	.98	.82-1.18	15	1.11	.42-2.96
Schlechte Arbeitsintegration	49	.95	.84-1.08	58	1.33	.65-2.74

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Ein Vergleich der Befragten schweizerischer bzw. ausländischer Herkunft hinsichtlich der Arbeitsintegration zeigt keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 96).

Tabelle 97 Arbeitssituation und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie

	schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie (n=189, md=20)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=137)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	38	1.15	.61-2.18	34	.97	.83-1.13
Abnehmende Arbeitsintegration	13	.82	.32-2.14	15	1.04	.86-1.26
Schlechte Arbeitsintegration	50	.97	.52-1.80	51	1.01	.87-1.17

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die Integration innerhalb des Arbeitsmarktes hängt auch nicht damit zusammen, ob bei den Befragten ein Elternteil aus einem ausländischen Kulturkreis stammt und der andere Elternteil schweizerischer Nationalität ist (Tabelle 97).

Tabelle 98 *Arbeitssituation und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos*

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=189, md=17)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=140)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	31	.83	.42-1.63	36	1.04	.90-1.21
Abnehmende Arbeitsintegration	13	.84	.32-2.19	15	1.04	.86-1.25
Schlechte Arbeitsintegration	56	1.29	.68-2.42	49	.94	.82-1.09

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die Frage, inwiefern sich die Eltern in der schweizerischen Kultur sprachlich orientieren können, scheint für die Arbeitsintegration nach einem stationären Therapieaufenthalt ebenso wenig von Bedeutung zu sein, wie das bereits für die Nationalität der Eltern (ein Elternteil ausländischer Herkunft) der Fall war (Tabelle 98).

Tabelle 99 *Finanzielle Situation und Nationalität*

	Nationalität (n=189, md=11)					
	Schweizer % (n=152)	OR	95% CI	Ausländer % (n=26)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	53	.95	.84-1.07	62	1.34	.64-2.78
von Eltern unterstützt	22	1.09	.97-1.24	12	.51	.16-1.62
von Sozialamt unterstützt	25	.99	.85-1.14	27	1.09	.49-2.42

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data
Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Betrachtet man die finanzielle Autonomie der Therapieabgänger in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt im Zusammenhang mit ihrer nationalen Zugehörigkeit, zeigen sich ebenfalls keine systematischen Unterschiede (Tabelle 99).

Tabelle 100 *Finanzielle Situation und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie*

	schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie (n=189, md=20)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=137)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	56	1.08	.57-2.02	54	.98	.85-1.14
von Eltern unterstützt	19	.95	.43-2.12	20	1.01	.84-1.21
von Sozialamt unterstützt	25	.95	.46-1.95	26	1.01	.86-1.19

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Auch Befragte mit kulturell gemischtem Hintergrund unterscheiden sich von den übrigen Befragten nicht signifikant in Bezug auf ihre finanzielle Situation (Tabelle 100).

Tabelle 101 *Finanzielle Situation und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos*

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=189, md=20)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=140)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	56	1.09	.58-2.05	54	.98	.85-1.13
von Eltern unterstützt	16	.70	.29-1.69	22	1.07	.92-1.26
von Sozialamt unterstützt	28	1.17	.59-2.34	24	.96	.81-1.14

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Keinen Einfluss auf die finanzielle Abhängigkeit bzw. Autonomie der Therapieabgänger nach einer stationären Therapie hat die Frage, inwiefern sich ihre Eltern in sprachlicher Hinsicht in der schweizerischen Kultur orientieren können (Tabelle 101).

5.3.3.2. Desintegration und Marginalisierung

Betrachtet man die soziale Desintegration und Marginalisierung nach einer stationären Therapie im Zusammenhang mit dem kulturellen Hintergrund der Therapieabgänger, zeigen sich nur wenige signifikante Ergebnisse.

Tabelle 102 Kontakte zu drogenbenützenden Personen sowie Verurteilungen seit Austritt und Nationalität

	Nationalität (n=189, md=11)					
	Schweizer % (n=152)	OR	95% CI	Ausländer % (n=26)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	76	1.06	.91-1.24	69	.74	.35-1.58
Gelegentliche Kontakte	14	1.03	.87-1.21	12	.84	.27-2.57
Viele Kontakte	10	.87	.67-1.12	19	1.88	.80-4.43
Keine Verurteilungen	86	1.26	.99-1.61	65	.38*	.19-.78
Verurteilungen	14	.79	.62-1.01	35	2.61*	1.29-5.29

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Was die Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen im Zusammenhang mit der eigenen Nationalität anbelangt, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Personen schweizerischer und ausländischer Herkunft (Tabelle 102). Anders sieht es aus, wenn erneute Verurteilungen in Zusammenhang mit der Nationalität der Betroffenen analysiert werden: Personen mit ausländischem Pass zeigen gegenüber Personen mit schweizerischem Pass ein signifikant höheres Risiko, nach einem Therapieaufenthalt erneut verurteilt zu werden (35% versus 14%; OR: 2.61 vs. .79) und sie gehören signifikant seltener zur Gruppe jener Personen, die keine Verurteilungen mehr zu verzeichnen haben (65% vs. 86%; OR: .38 vs. 1.26).

Tabelle 103 Kontakte zu drogenbenützenden Personen, sowie Verurteilungen seit Austritt und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie

	schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie (n=189, md=20)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=137)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	84	1.79	.74-4.34	73	.89	.78-1.03
Gelegentliche Kontakte	13	.91	.35-2.35	14	1.02	.83-1.25
Viele Kontakte	3	.26	.04-1.76	13	1.19*	1.04-1.37
Keine Verurteilungen	84	1.07	.45-2.54	83	.98	.81-1.19
Verurteilungen	16	.93	.39-2.21	17	1.02	.84-1.23

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Ein systematischer Zusammenhang ergibt sich für die Häufigkeit der Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen bezüglich dem nationalen Hintergrund der Eltern (Tabelle 103). Personen, die keinen gemischtkulturellen Hintergrund aufweisen, pflegen signifikant häufiger viele Kontakte zur Drogenszene in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus einer stationären Therapie (13% vs. 3%; OR: 1.19 vs. .26). Was die Verurteilungen nach der Therapie anbelangt, zeigen sich keine systematischen Unterschiede (Tabelle 103).

Tabelle 104 Kontakte zu drogenbenützenden Personen, sowie Verurteilungen nach Austritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=189, md=17)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=140)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	81	1.36	.60-3.07	75	.94	.81-1.09
Gelegentliche Kontakte	6	.43	.11-1.69	15	1.14	.98-1.33
Viele Kontakte	13	1.22	.48-3.09	10	.95	.74-1.23
Keine Verurteilungen	75	.58	.29-1.16	86	1.17	.91-1.49
Verurteilungen	25	1.71	.86-3.42	14	.86	.67-1.10

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die Fähigkeit der Eltern, sich in der herrschenden Kultur sprachlich mühelos zu orientieren, kann nicht in einen systematischen Zusammenhang mit unterschiedlicher Szenennähe sowie mit dem Kontakt zum Polizei- und Justizapparat gebracht werden (Tabelle 104).

5.3.3.3. Muster des Drogengebrauchs

Vergleicht man die Befragten mit schweizerischem mit denjenigen mit ausländischem Pass bezüglich dem Gebrauch von harten Drogen in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus einer stationären Therapie, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang (Tabelle 105).

Tabelle 105 Drogengebrauch und Nationalität

	Nationalität (n=189, md=13)					
	Schweizer % (n=150)	OR	95% CI	Ausländer % (n=26)	OR	95% CI
keine harten Drogen	38	1.13*	1.01-1.26	19	.44	.17-1.10
harte Drogen während 6 Monaten	22	.93	.79-1.10	31	1.46	.69-3.12
harte Drogen während 12 Monaten	17	.97	.82-1.16	19	1.16	.48-2.83
harte Drogen während 18 Monaten	23	.94	.80-1.10	31	1.38	.64-2.94

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Betroffene mit einem schweizerischen Pass weisen in den eineinhalb Jahren nach dem Austritt aus einer stationären Therapie signifikant häufiger keinen Gebrauch von Heroin und/oder Kokain auf als diejenigen ausländischer Nationalität (38% vs. 19%; OR: 1.13 vs. .44; Tabelle 105).

Tabelle 106 Drogengebrauch und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie

	schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie (n=189, md=21)					
	trifft zu % (n=31)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=137)	OR	95% CI
keine harten Drogen	45	1.45	.77-2.72	34	.92	.78-1.08
harte Drogen während 6 Monaten	26	1.19	.58-2.44	22	.96	.80-1.15
harte Drogen während 12 Monaten	19	1.20	.54-2.65	16	.96	.78-1.18
harte Drogen während 18 Monaten	10	.33	.11-1.04	28	1.19*	1.05-1.35

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Die Befragten mit einem gemischtkulturellen familiären Hintergrund unterscheiden sich in den drei Beobachtungszeiträumen bezüglich der Rückfälligkeit seit dem Austritt aus einer stationären Therapie zumeist nicht signifikant von den Befragten mit zwei schweizerischen oder zwei ausländischen Elternteilen (Tabelle 106). Einzige Ausnahme: Personen, die nicht aus einer schweizerisch/ ausländischen Herkunftsfamilie stammen, sind signifikant öfter in der Gruppe derjenigen Personen zu finden, welche während der ganzen 18 Monate minde-

stens gelegentlich Heroin und/oder Kokain gebraucht haben (28% vs. 10%; OR: 1.19 vs. .33).

Tabelle 107 Drogengebrauch und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos

	mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (n=189, md=18)					
	trifft zu % (n=32)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=139)	OR	95% CI
keine harten Drogen	34	.90	.46-1.74	37	1.03	.89-1.19
harte Drogen während 6 Monaten	19	.78	.35-1.76	24	1.05	.90-1.23
harte Drogen während 12 Monaten	25	1.70	.85-3.39	14	.86	.67-1.10
harte Drogen während 18 Monaten	22	.89	.42-1.90	25	1.03	.87-1.21

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Die Rückfälligkeit zeigt keinen Zusammenhang damit, inwiefern sich die Eltern der Betroffenen sprachlich in der schweizerischen Kultur orientieren können (Tabelle 107).

5.3.3.4. Fazit

Inwiefern der soziokulturelle Hintergrund der befragten Personen mit dem Rehabilitationsstatus nach einem stationären Therapieaufenthalt zusammenhängt, war Gegenstand der vorangehenden Abschnitte.

In Bezug auf die *eigene Nationalität* der befragten Personen ergaben sich folgende signifikante Zusammenhänge mit Aspekten der Nachbefragungssituation:

- Personen mit einem ausländischen Pass weisen gegenüber denjenigen mit Schweizer Pass ein höheres Risiko auf, nach einem Therapieaufenthalt erneut gerichtlich verurteilt zu werden. Entsprechend sind sie signifikant seltener in der Gruppe der Personen zu finden, welche nach Austritt aus der Therapie keine erneuten Verurteilungen aufweisen. (Es ist dabei zu bedenken, dass sich Verurteilungen nach Austritt nicht zwingend auf Vergehen nach der Therapie beziehen, sondern auf Delikten aus der Zeit vor der Behandlung beruhen können.)
- Befragte schweizerischer Nationalität weisen häufiger eine zunehmend autonome/ integrierte Wohnform auf.

- Befragte schweizerischer Nationalität sind häufiger in der Gruppe der Personen, die seit Austritt keine harten Drogen (Heroin, Kokain) mehr gebraucht haben.

Bezüglich der weiteren, in der Analyse berücksichtigten Indikatoren des soziokulturellen Hintergrunds – ein Elternteil ausländischer Kultur und mindestens ein Elternteil, der die Landessprache nicht mühelos beherrscht – konnten folgende signifikante Unterschiede gefunden werden:

- Personen, die keinen gemischtkulturellen familiären Hintergrund haben, weisen im Vergleich zu denjenigen mit schweizerisch/ausländischer Herkunftsfamilie häufiger viele Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen auf und haben öfter während der ganzen 18 Monate mindestens gelegentlich wieder harte Drogen konsumiert.
- Personen, bei denen ein Elternteil die Landessprache nicht mühelos beherrscht, weisen ein grösseres Risiko für eine desintegrierte Wohnsituation nach Austritt aus der Therapie auf.

Diese Ergebnisse weisen für einzelne Rehabilitationsbereiche (Legalsituation, Drogenkonsum) auf eine etwas problematischere Rehabilitation bei Personen ausländischer Nationalität hin. Insgesamt zeigen sich aber nur wenige Unterschiede in der sozialen Situation und den Mustern des Drogengebrauchs nach Austritt, wenn man die Therapieabsolventen schweizerischer mit denen ausländischer Nationalität vergleicht. Die Nachbefragungssituation unterscheidet sich auch kaum vor dem soziokulturellen familiären Hintergrund der Befragten.

5.3.4. Merkmale des Therapieaufenthaltes und Muster der Rehabilitation

Berücksichtigte Merkmale des Therapieaufenthaltes sind die Freiwilligkeit des Eintrittes, ein Kurzaufenthalt bis 6 Monate versus ein längerer Aufenthalt, ein Aufenthalt bis 9 Monate versus ein längerer Aufenthalt und der Modus des Austritts (regulär versus irregulär). Ziel der Analyse ist es aufzuzeigen, inwiefern kürzere Aufenthalte und irreguläre Austritte mit einem schlechteren Rehabilitationsverlauf einhergehen.

5.3.4.1. Strukturelle Integration

Der Zusammenhang zwischen der Wohnsituation in den eineinhalb Jahren nach dem Therapieaustritt und der Freiwilligkeit des damaligen Eintrittes ist in Tabelle 108 dargestellt.

Tabelle 108 Wohnsituation und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=189, md=0)					
	trifft zu % (n=121)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=68)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	62	1.05	.84-1.31	59	.92	.63-1.35
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	16	1.22	.95-1.57	9	.63	.31-1.31
Desintegriertes Wohnen	22	.82	.62-1.08	32	1.37	.92-2.02

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Personen, die freiwillig in die Therapie eingetreten sind, unterscheiden sich von den nicht freiwillig Eingetretenen nicht signifikant hinsichtlich der Wohnsituation in den eineinhalb Jahren nach Therapieaustritt (Tabelle 108).

Die folgende Analyse der Aufenthaltsdauer berücksichtigt zwei Unterscheidungen. In einer ersten Unterscheidung wird eine Aufenthaltsdauer von über 6 Monaten derjenigen von unter 6 Monaten gegenüber gestellt. Hier gibt es ein signifikantes Ergebnis (Tabelle 109).

Tabelle 109 Wohnsituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	<6 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=137)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	40	.43*	.27-.70	69	1.41*	1.14-1.74
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	15	1.19	.64-2.23	12	.93	.70-1.24
Desintegriertes Wohnen	44	2.27*	1.46-3.52	19	.67*	.51-.88

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von \pm 1% auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Personen, die bereits innerhalb der ersten 6 Monate die Therapie verlassen haben, weisen in der Nachbefragung signifikant häufiger eine desintegrierte Wohnsituation auf (44% vs. 19%; OR: 2.27 vs. .67). Entsprechend ist der Anteil derjenigen, die direkt nach dem Austritt in eine autonome und integrierte Wohnsituation übergetreten sind und diese Situation über alle drei Beobachtungszeiträume hinweg aufrecht erhalten haben, signifikant höher in der Gruppe der Personen mit einer Aufenthaltsdauer von über 6 Monaten (69% vs. 40%; OR: 1.41 vs. .43).

Tabelle 110 Wohnsituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	<9 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=137)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	48	.60*	.43-.83	70	1.50*	1.13-2.00
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	17	1.29	.85-1.97	11	.80	.52-1.23
Desintegriertes Wohnen	35	1.57*	1.13-2.17	19	.67*	.48-.95

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Ähnlich deutliche Unterschiede zeigen sich auch beim zweiten Vergleich, der sich auf eine Aufenthaltsdauer von weniger resp. mehr als 9 Monaten bezieht (Tabelle 110): Bei der kürzeren Aufenthaltsdauer weisen 35% der Befragten eine desintegrierte Wohnsituation auf, während der entsprechende Anteil der Personen, welche 9 Monate oder länger in Therapie blieben, 19% beträgt. Demgegenüber weisen Personen mit einer längeren Aufenthaltsdauer öfter eine durchwegs autonome/integrierte Wohnsituation auf (70% vs. 48%; OR: 1.50 vs. .60).

Tabelle 111 Wohnsituation und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=189, md=1)					
	regulär % (n=123)	OR	95% CI	irregulär % (n=65)	OR	95% CI
Autonomes/integriertes Wohnen	73	1.73*	1.32-2.27	39	.40*	.27-.60
Zunehmend autonomes/integriertes Wohnen	11	.77	.52-1.14	19	1.48	.93-2.35
Desintegriertes Wohnen	16	.57*	.40-.80	43	2.21*	1.53-3.18

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Da eine kürzere Aufenthaltsdauer überwiegend mit einem irregulärem Austritt aus der Therapie einhergeht, überrascht es nicht, dass Personen mit regulärem Austrittsmodus signifikant häufiger bereits beim Austritt eine gute Wohnsituation aufweisen: Während 73% der regulär Ausgetretenen in einer autonomen und integrierten Wohnsituation leben, beträgt dieser Anteil nur 39% bei denjenigen Personen, die keinen regulären Austritt aus der Therapie verzeichneten (OR: 1.73 vs. .40). Irreguläre Austritte sind dagegen klar mit einer desintegrierten Wohnsituation assoziiert (43% vs. 16%; OR: 2.21 vs. .57).

Im Folgenden steht die Arbeitssituation im Zentrum der Analyse. Die Ergebnisse bezogen auf die Freiwilligkeit beim Eintritt sind in Tabelle 112 ersichtlich:

Tabelle 112 Arbeitssituation und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=189, md=0)					
	trifft zu % (n=121)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=68)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	39	1.10	.98-1.37	32	.83	.55-1.26
Abnehmende Arbeitsintegration	16	1.22	.95-1.60	9	.63	.31-1.31
Schlechte Arbeitsintegration	46	.82	.66-1.02	59	1.41	.96-2.09

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data
 Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die freiwillig Eingetretenen unterscheiden sich von den nicht freiwillig Eingetretenen nicht signifikant, was die Arbeitsintegration in der Zeit nach dem Austritt aus der stationären Therapie anbelangt (Tabelle 112).

Tabelle 113 Arbeitssituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 6 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=137)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	19	.41*	.22-.77	43	1.32*	1.12-1.55
Abnehmende Arbeitsintegration	12	.86	.41-1.79	14	1.06	.83-1.34
Schlechte Arbeitsintegration	69	2.23*	1.33-3.73	43	.75*	.62-.90

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;
 * signifikantes Odds-Ratio

In Bezug auf die Aufenthaltsdauer weisen Personen, die bereits innerhalb von 6 Monaten die Therapie verlassen haben, signifikant seltener eine integrierte Arbeitssituation auf als jene, die länger als 6 Monate geblieben sind (19% vs. 43%; OR: .41 vs. 1.32). Ebenso haben sie ein signifikant höheres Risiko für eine schlechte Arbeitsintegration (69% vs. 43%; OR: 2.23 vs. .75).

Tabelle 114 Arbeitssituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 9 Monate % (n=79)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=110)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	23	.51*	.33-.79	46	1.50*	1.19-1.89
Abnehmende Arbeitsintegration	13	.95	.57-1.59	14	1.04	.73-1.46
Schlechte Arbeitsintegration	65	1.80*	1.25-2.59	40	.66*	.51-.85

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Auch die Analyse einer Aufenthaltsdauer von bis zu 9 Monaten versus über 9 Monaten (Tabelle 114) ergibt ein signifikantes Ergebnis: eine gute Arbeitsintegration ist bei denjenigen Personen häufiger anzutreffen, welche 9 Monate und länger in einer Therapie geblieben sind (46% vs. 23%; OR: 1.50 vs. .51). In die gleiche Richtung deutet auch die Analyse der schlechten Arbeitsintegration: Personen mit einer kürzeren Therapiedauer sind in dieser Gruppe signifikant häufiger vertreten (65% vs. 40%; OR: 1.80 vs. .66).

Tabelle 115 Arbeitssituation und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=189, md=1)					
	regulär % (n=123)	OR	95% CI	irregulär % (n=65)	OR	95% CI
Gute Arbeitsintegration	46	1.49*	1.23-1.81	19	.39*	.22-.68
Abnehmende Arbeitsintegration	18	1.42*	1.18-1.71	5	.32*	.11-.93
Schlechte Arbeitsintegration	36	.56*	.44-.70	77	3.33*	2.02-5.50

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Den bisherigen Ergebnissen entsprechend sind reguläre Austritte auch mit einer besseren Integration in den Arbeitsmarkt assoziiert (46% vs. 19%; OR: 1.49 vs. .39; Tabelle 115). Personen mit irregulärem Austritt sind dagegen signifikant häufiger bereits von Anfang an durch fehlende Integration in die Arbeitswelt gekennzeichnet (77% vs. 36%; OR: 3.33 vs. .56). Die Gruppe mit regulärem Austritt ist jedoch in Bezug auf eine abnehmende Arbeitsintegration signifikant stärker gefährdet (18% vs. 5%; OR: 1.42 vs. .32).

Tabelle 116 *Finanzielle Situation und Freiwilligkeit des Eintrittes*

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=189, md=0)					
	trifft zu % (n=121)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=68)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	55	1.06	.85-1.31	52	.90	.62-1.32
Von Eltern unterstützt	21	.94	.72-1.23	24	1.11	.71-1.73
Von Sozialamt unterstützt	24	.98	.76-1.26	25	1.04	.67-1.60

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Für die Art des Eintrittes (freiwillig oder unfreiwillig) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 116).

Anders sieht die Analyse der finanziellen Autonomie im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer von mehr oder weniger als 6 Monaten aus (Tabelle 117):

Tabelle 117 *Finanzielle Situation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)*

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 6 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=137)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	42	.63	.39-1.00	58	1.20	1.00-1.44
Von Eltern unterstützt	23	1.08	.63-1.87	21	.97	.78-1.21
Von Sozialamt unterstützt	35	1.65*	1.03-2.62	20	.80	.62-1.02

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Die kürzere Aufenthaltsdauer (unter sechs Monate) geht mit einer statistisch signifikant häufigeren Beanspruchung von Sozialhilfegeldern einher (35% vs. 20%; OR: 1.65 vs. .80).

Tabelle 118 *Finanzielle Situation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)*

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 9 Monate % (n=79)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=110)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	47	.75	.54-1.05	59	1.23	.96-1.58
Von Eltern unterstützt	27	1.31	.91-1.87	18	.80	.57-1.12
Von Sozialamt unterstützt	27	1.13	.78-1.63	23	.91	.68-1.63

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data
 Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Bezogen auf den Cut-Off-Point von 9 Monaten zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der finanziellen Situation im Nachbefragungszeitraum (Tabelle 118).

Tabelle 119 *Finanzielle Situation und Art des Austrittes aus der Therapie*

	Art des Austrittes (n=189, md=1)					
	regulär % (n=123)	OR	95% CI	irregulär % (n=65)	OR	95% CI
Finanziell unabhängig	61	1.35*	1.08-1.68	40	.57*	.38-.86
Von Eltern unterstützt	21	.96	.74-1.25	23	1.08	.68-1.71
Von Sozialamt unterstützt	18	.67*	.49-.93	37	1.81*	1.24-2.64

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;
 * signifikantes Odds-Ratio

Signifikant ist der Unterschied bezüglich der finanziellen Autonomie, wenn die Regularität des Austrittes im Zentrum steht (Tabelle 119): Während 61% der regulär Ausgetretenen zum Zeitpunkt der Nachbefragung finanziell autonom sind, beträgt dieser Anteil nur 40% bei Personen, die irregulär ausgetreten sind (OR: 1.35 vs. .57). Vergleicht man die Unterstützung durch das Sozialamt, zeigt sich, dass Personen mit irregulärem Austritt aus der Therapie signifikant häufiger Sozialhilfe beziehen (37% vs. 18%; OR: 1.81 vs. .67).

5.3.4.2. Desintegration und Marginalisierung

Tabelle 120 zeigt die Häufigkeit der Szenenkontakte in Zusammenhang mit der Freiwilligkeit des Eintrittes.

Tabelle 120 Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=189, md=0)					
	trifft zu % (n=121)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=68)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	73	.83	.67-1.04	82	1.46	.86-2.47
Gelegentliche Kontakte	14	1.07	.80-1.44	12	.87	.48-1.60
Viele Kontakte	13	1.29	1.00-1.65	6	.53	.22-1.30

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Personen, die sich freiwillig in eine stationäre Therapie begeben haben, unterscheiden sich von den nicht freiwillig Eingetretenen nicht signifikant im Hinblick auf die Nähe zu drogenbenützenden Kreisen in der Zeit nach dem Austritt aus der Therapie (Tabelle 120).

Betrachtet man die Häufigkeit der Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen in Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer, zeigen sich hingegen signifikante Unterschiede (Tabelle 121):

Tabelle 121 Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 6 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=137)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	62	.50*	.32-.78	82	1.40*	1.06-1.84
Gelegentliche Kontakte	17	1.37	.77-2.46	12	.87	.64-1.18
Viele Kontakte	21	2.27*	1.41-3.66	7	.59*	.36-.97

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

21% der Personen, die innerhalb der ersten 6 Monate die Therapie verlassen haben, berichten über viele Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen, während dieser Anteil bei den über 6 Monate in stationärer Therapie Gebliebenen nur 7% beträgt (OR: 2.27 vs. .59). Personen, die länger in der Therapie geblieben sind, sind demgegenüber signifikant häufiger gekennzeichnet durch das praktische Fehlen solcher Kontakte (82% vs. 62%; OR: 1.40 vs. .50).

Tabelle 122 Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 9 Monate % (n=79)	OR	95% CI	≥9 Monate % (n=110)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	63	.54*	.39-.74	86	1.84*	1.22-2.77
Gelegentliche Kontakte	17	1.29	.85-1.97	11	.80	.52-1.23
Viele Kontakte	20	2.15*	1.60-2.88	4	.32*	.13-.77

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio ; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Auch beim Vergleich der Aufenthaltsdauer bezüglich dem Cut-Off-Point von 9 Monaten (Tabelle 122) kommen häufige Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen signifikant öfter vor bei Personen, die innerhalb der kürzeren Zeitspanne (unter 9 Monate) die Therapie verlassen haben, im Vergleich zu Personen, die länger geblieben sind (20% vs. 4%: OR: 2.15 vs. .32). Über praktisch keine Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen berichten 86% der Personen, die länger geblieben sind, gegenüber 63% der Personen, die in den ersten 9 Monaten die Therapie verlassen haben (OR: 1.84 vs. .54), was ebenfalls einen signifikanten Unterschied darstellt.

Tabelle 123 Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=189, md=1)					
	regulär % (n=123)	OR	95% CI	irregulär % (n=65)	OR	95% CI
Kaum Kontakte	81	1.30	.97-1.74	68	.66*	.44-.98
Gelegentliche Kontakte	15	1.12	.85-1.46	11	.79	.41-1.53
Viele Kontakte	5	.43*	.22-.85	22	2.31*	1.60-3.33

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio ; Abweichungen von $\pm 1\%$ auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in der Analyse des Austrittsmodus (Tabelle 123): Während 22% der Personen, welche die Therapie irregulär verlassen haben, über häufige Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen berichten, beträgt der entsprechende Anteil nur 5% in der Gruppe der Personen, welche die Therapie regulär verlassen haben (OR: 2.31 vs. .43). Dieser Unterschied ist signifikant. Entsprechend sind Personen mit einem irregulären Therapieabschluss signifikant weniger häufig in der Gruppe der Personen praktisch ohne Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen zu finden als diejenigen mit regulärem Austritt (86% vs. 81%; OR: .66 vs. 1.30).

Tabelle 124 Verurteilungen seit Austritt und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=189, md=0)					
	trifft zu % (n=121)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=68)	OR	95% CI
keine Verurteilungen	86	1.20	.86-1.68	79	.76	.49-1.18
Verurteilungen	14	.83	.59-1.17	21	1.32	.85-2.06

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Betrachtet man das Vorkommen von neuen gerichtlichen Verurteilungen nach dem Therapieaustritt im Zusammenhang mit der Freiwilligkeit des Therapiebeginns (Tabelle 124), zeigen sich keine systematischen Unterschiede.

Tabelle 125 Verurteilungen seit Austritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 6 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=137)	OR	95% CI
keine Verurteilungen	77	.65	.39-1.10	86	1.22	.91-1.64
Verurteilungen	23	1.53	.91-2.57	14	.82	.61-1.10

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Auch in der Analyse der Aufenthaltsdauer von bis zu sechs Monaten oder mehr als sechs Monaten zeigen sich keine systematischen Zusammenhänge, was neue Verurteilungen nach Austritt anbelangt (Tabelle 125)

Tabelle 126 Verurteilungen seit Austritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=0)					
	< 9 Monate % (n=79)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=110)	OR	95% CI
keine Verurteilungen	80	.77	.52-1.14	86	1.24	.85-1.83
Verurteilungen	20	1.29	.88-1.91	14	.81	.55-1.18

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Ebenso wenig ergibt die Analyse einer Aufenthaltsdauer von bis zu 9 Monaten oder darüber einen signifikanten Unterschied (Tabelle 126).

Werden jedoch die regulären und irregulären Austritte verglichen, zeigt sich ein systematischer Zusammenhang (Tabelle 127):

Tabelle 127 Verurteilungen seit Austritt und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=189, md=1)					
	regulär % (n=123)	OR	95% CI	irregulär % (n=65)	OR	95% CI
keine Verurteilungen	88	1.42	.97-2.08	75	.60*	.40-.91
Verurteilungen	12	.70	.48-1.03	25	1.65*	1.09-2.50

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Während nur 12% der Personen mit regulärem Austritt erneute Verurteilungen zu verzeichnen hatten, beträgt dieser Anteil 25% in der Gruppe mit irregulärem Austritt (OR: .70 vs. 1.65). Der Unterschied ist statistisch signifikant. In die gleiche Richtung geht das ebenfalls signifikante Ergebnis, dass irregulär Ausgetretene weniger oft keine Verurteilungen aufweisen als regulär Ausgetretene (75% vs. 88%; OR: .60 vs. 1.42).

5.3.4.3. Muster des Drogengebrauchs

In den folgenden Tabellen 128 bis 131 ist der Drogengebrauch in der Rehabilitationsphase im Zusammenhang mit Aspekten des Therapieaufenthaltes (Freiwilligkeit des Eintritts, Aufenthaltsdauer, Austrittsmodus) dargestellt.

Tabelle 128 Drogengebrauch und Freiwilligkeit des Eintrittes

	Freiwilligkeit des Eintrittes (n=189, md=3)					
	trifft zu % (n=120)	OR	95% CI	trifft nicht zu % (n=66)	OR	95% CI
keine harten Drogen	35	.89	.71-1.12	42	1.22	.83-1.80
harte Drogen während 6 Monaten	26	1.23	.99-1.53	15	.63	.35-1.12
harte Drogen während 12 Monaten	16	.94	.70-1.27	18	1.11	.68-1.82
harte Drogen während 18 Monaten	23	.98	.76-1.27	24	1.03	.66-1.62

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data

Abweichungen von +1% auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Bezüglich der Freiwilligkeit des Eintritts ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 128).

Vergleicht man in den folgenden Tabellen die Personen mit längeren resp. kürzeren Therapieaufenthalten, ergeben sich sowohl beim Cut-Off-Point von 6 Monaten als auch bei jenem von 9 Monaten signifikante Unterschiede in der Rückfälligkeit zum Konsum von Heroin und/oder Kokain während den eineinhalb Jahren nach dem Therapieaustritt (Tabelle 129 und 130).

Tabelle 129 Drogengebrauch und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=3)					
	< 6 Monate % (n=52)	OR	95% CI	≥ 6 Monate % (n=134)	OR	95% CI
keine harten Drogen	12	.22*	.97-.48	48	1.52*	1.29-1.79
harte Drogen während 6 Monaten	19	.84	.46-1.53	23	1.06	.87-1.30
harte Drogen während 12 Monaten	23	1.50	.89-2.52	14	.83	.62-1.11
harte Drogen während 18 Monaten	46	2.77*	1.80-4.24	15	.57*	.41-.79

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Befragte mit einem Therapieaufenthalt von weniger als 6 Monaten sind signifikant seltener während den drei Beobachtungszeiträumen gänzlich ohne harte Drogen geblieben (12% vs. 48%; OR: .22 vs. 1.52; Tabelle 129). Vergleicht man die Häufigkeiten in den verschiedenen Kategorien der Rückfälligkeit, zeigt sich deutlich, dass eine kurze Aufenthaltsdauer mehrheitlich mit einem erneuten harten Drogengebrauch während der gesamten Katamnesedauer von 18 Monaten einhergeht (46% vs. 15%; OR: 2.77 vs. .57).

Tabelle 130 Drogengebrauch und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)

	Aufenthaltsdauer in Therapie (n=189, md=3)					
	< 9 Monate % (n=77)	OR	95% CI	≥ 9 Monate % (n=109)	OR	95% CI
keine harten Drogen	18	.37*	.22-.61	51	1.75*	1.39-2.21
harte Drogen während 6 Monaten	20	.86	.55-1.34	24	1.11	.84-1.45
harte Drogen während 12 Monaten	22	1.42	.97-2.06	13	.74	.49-1.11
harte Drogen während 18 Monaten	40	2.18*	1.60-2.95	12	.44*	.27-.70

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio

Ein Vergleich der Gruppen mit einer Aufenthaltsdauer von weniger resp. mehr als 9 Monaten (Tabelle 130), zeigt ebenfalls deutlich den Zusammenhang zwischen der fortdauernden Rückfälligkeit und einer kürzeren Aufenthaltsdauer (40% vs. 12%; OR: 2.18 vs. .44) sowie dem Nichtgebrauch von harten Drogen und einer längeren Aufenthaltsdauer (51% vs. 18%; OR: 1.75 vs. .37).

Tabelle 131 Drogengebrauch und Art des Austrittes aus der Therapie

	Art des Austrittes (n=189, md=3)					
	regulär % (n=121)	OR	95% CI	irregulär % (n=64)	OR	95% CI
keine harten Drogen	49	1.60*	1.32-1.95	16	.31*	.17-.57
harte Drogen während 6 Monaten	20	.87	.66-1.15	27	1.27	.82-1.96
harte Drogen während 12 Monaten	16	.93	.68-1.25	19	1.15	.70-1.88
harte Drogen während 18 Monaten	16	.60*	.42-.85	39	2.05*	1.42-2.98

OR = konditionales Odds-Ratio ja/nein; CI = Konfidenzintervall für Odds-Ratio; md= missing data;

* signifikantes Odds-Ratio ; Abweichungen von +1% auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Personen ohne erneuten Drogengebrauch in den 18 Monaten nach Therapieaustritt sind dann auch, wie in Tabelle 131 dargestellt, in der Gruppe mit regulärem Therapieaustritt signifikant häufiger zu finden (49% vs. 16%; OR: 1.60 vs. .31). Ähnlich wie für einen kurzen Therapieaufenthalt gilt auch für irreguläre Austritte, dass sich die Rückfälligkeit in der Regel über den gesamten Katamnesezeitraum zeigt (39% vs. 16%; OR: 2.05 vs. .60).

5.3.4.4. Fazit

Merkmale des Therapieaufenthaltes gelten als bedeutsame Prädiktoren des Outcomes. Dies trifft besonders für die Aufenthaltsdauer und den Austrittsmodus zu: ein längerer Aufenthalt und ein regulärer Austritt aus der Behandlung gehen in vielen empirischen Untersuchungen mit einem besseren Therapieergebnis einher. Dies gilt sowohl für die Dimension Suchtmittelkonsum als auch für weitere Rehabilitationsdimensionen, wie zum Beispiel die Beschäftigungssituation, die Legalsituation nach Austritt oder die Distanzierung von der Drogenszene.

Die vorliegende Analyse ergibt zwar für freiwillig und nicht freiwillig Eingetretene keine signifikanten Unterschiede in den untersuchten Aspekten ihrer sozialen Situation oder den Mustern des Drogengebrauchs nach Austritt. Dagegen sind – sowohl in Bezug auf die Aufenthaltsdauer als auch den Austrittsmodus – zahlreiche statistisch signifikante Unterschiede in den untersuchten Outcome-Dimensionen festzustellen.

Bezüglich der Aufenthaltsdauer betreffen die signifikanten Unterschiede folgende Punkte:

- Personen mit einem kürzeren Therapieaufenthalt (unter sechs resp. unter neun Monate) weisen in den 18 Monaten nach Therapieaustritt häufiger eine desintegrierte Wohnsituation auf, während Personen mit einem längeren Therapieaufenthalt (über sechs resp. über neun Monate) vergleichsweise häufiger integriert und autonom lebten.
- Personen mit einem kürzeren Therapieaufenthalt (unter sechs resp. unter neun Monate) sind in der Gruppe der Personen mit guter Arbeitsintegration untervertreten, in derjenigen mit schlechter Arbeitsintegration jedoch übervertreten.
- Personen mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als sechs Monaten beziehen häufiger finanzielle Unterstützung vom Sozialamt.
- Wer kürzere Zeit in Therapie blieb (weniger als sechs resp. neun Monate), berichtet häufiger über viele Kontakte mit Drogengebrauchenden in den 18 Monaten nach Austritt. Die länger in Therapie Gebliebenen (mehr als sechs resp. neun Monate) berichten öfter über keine Kontakte mit Drogengebrauchenden im Nachbefragungszeitraum.
- Personen mit kürzerem Therapieaufenthalt (weniger als sechs resp. neun Monate) gehören seltener zur Gruppe der Befragten ohne jeglichen Konsum von harten Drogen (Heroin, Kokain) im Nachbefragungszeitraum. Vergleichsweise häufiger sind sie dagegen in der Gruppe der während 18 Monaten Konsumierenden vertreten.

Ein sehr ähnliches Bild ergibt sich, wenn man den Austrittsmodus als unterscheidendes Kriterium betrachtet. Die Gruppe der regulär Ausgetretenen unterscheidet sich von den irregulär Ausgetretenen in folgenden Punkten signifikant:

- Personen mit einem regulären Therapieabschluss weisen nach Austritt häufiger eine autonome und integrierte Wohnsituation auf, ebenso eine gute Integration in den Arbeitsmarkt. Sie sind aber auch in der Gruppe der Personen mit abnehmender Arbeitsintegration übervertreten. Zudem leben sie häufiger finanziell autonom, haben weniger häufig viele Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und gehören öfter zur Gruppe ohne jeglichen Konsum von harten Drogen (Heroin, Kokain) in der Zeit nach Austritt. Dagegen haben sie seltener die ganze Zeit solche Drogen konsumiert.
- Personen mit einem irregulären Abschluss der Therapie weisen dagegen öfter eine desintegrierte Wohnsituation sowie eine schlechte Arbeitsintegration auf, sind weniger finanziell autonom und werden häufiger vom Sozialamt unterstützt. Auch pflegen sie in der Zeit nach Austritt vergleichsweise häufiger viele Kontakte mit drogenbenützenden Kreisen und wurden öfter erneut verurteilt. Sie gehören auch häufiger zur Gruppe mit Konsum harter Drogen während der ganzen 18 Monate seit Austritt, jedoch seltener zu derjenigen ohne Konsum solcher Drogen.

Die Aufenthaltsdauer und der Austrittsmodus erweisen sich somit auch in der vorliegenden Analyse als wichtige, hinsichtlich des Outcomes bedeutsame Merkmale des Therapieaufenthaltes. Dies gilt sowohl für die untersuchten Aspekte der sozialen Integration, die Distanzierung von drogenbenützenden Kreisen als auch die Muster des Drogengebrauchs.

5.4. Veränderungen in der sozialen Integration und im Drogengebrauch im Vergleich zur Zeit vor dem Therapieeintritt

Betrachtet man die soziale Rehabilitation drogengebrauchender Menschen im Zusammenhang mit einem Therapieaufenthalt, ist neben dem Ausmass der sozialen Reintegration die Frage des Ausmasses der Veränderungen in der Lebenssituation von Bedeutung. Die folgenden Abschnitte vergleichen die Lebenssituation beim Therapieeintritt und die entsprechenden Dimensionen der Rehabilitation eineinhalb Jahre nach Therapieaustritt miteinander. Die entsprechenden Analysemodelle schliessen zusätzlich den Austrittsmodus in die Auswertung ein, da sich, wie im vorangehenden Kapitel aufgezeigt werden konnte, das Ausmass der sozialen Rehabilitation bei Personen, die ihren Therapieaufenthalt regulär abgeschlossen haben und denjenigen, die die Therapie abgebrochen haben, unterscheidet.

5.4.1. Veränderungen in der strukturellen Integration

Wie bereits in den vorangehenden Kapiteln werden die Wohnsituation, die Arbeitssituation und die finanziellen Abhängigkeiten als Dimensionen der strukturellen Integration ausgewertet. Zentrale Fragestellung der Analyse ist, inwiefern bereits beim Eintritt vorhandene Ressourcen eine erfolgreiche Rehabilitation begünstigen. Von zusätzlichem Interesse ist die Frage, inwiefern dies in gleichem Ausmass für Therapieabbrecher und Therapieabsolventen gilt.

5.4.1.1. Wohnsituation

Beim Eintritt zeichneten sich die Drogengebraucher durch zwei Arten von Wohnsituationen aus: Ein erheblicher Teil der Befragten wohnte nicht-integriert, wobei viele in einer institutionellen Umwelt lebten. Der andere Teil der Befragten wies eine gute, integrierte und autonome Wohnsituation auf. Das gleiche Muster konnte in der Nachbefragung eineinhalb Jahre nach Therapieaustritt aufgezeigt werden. Zusätzlich hatte eine kleine Gruppe der Befragten in den ersten sechs Monaten nach dem Austritt aus der Therapie eine institutionelle Wohnumgebung, welche sich aber im Laufe der Zeit hin zu einer integrierten und autonomen Wohnsituation veränderte.

In Tabelle 132 sind die Verteilungen der Wohnsituationstypologie in der Nachbefragung jeweils für beide Typen der Wohnsituation beim Eintritt prozentuiert. Die Tabelle unterscheidet zusätzlich nach regulären und irregulären Therapieabschlüssen. Nach oben gerichtete Pfeile bedeuten, dass für die betroffene

Kategorienkombination im Vergleich zu anderen Kategorien der Wohnsituation beim Eintritt und der Art des Austrittes eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht. Nach unten gerichtete Pfeile bedeuten das Gegenteil und Kategorien ohne Kennzeichnung durch einen Pfeil entsprechen den Prozenzhäufigkeiten der im Rahmen des Modells erwarteten Häufigkeiten (vgl. dazu auch die Ausführungen im Abschnitt 4.4.3.2.).

Tabelle 132 Wohnsituation in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c)

In der Nachbefragung	Bei Therapieeintritt	
	Desintegriertes Wohnen	Integriertes / Autonomes Wohnen
<i>regulär</i> <i>Total</i>	<i>n=41</i>	<i>n=82</i>
Autonomes / Integriertes Wohnen	73% ↑	73% ↑
Zunehmend autonomes / integriertes Wohnen	7% ↓	12% ↓
Desintegriertes Wohnen	20% ↓	15% ↓
<i>irregulär</i> <i>Total</i>	<i>n=22</i>	<i>n=43</i>
Autonomes / Integriertes Wohnen	27% ↓	44%
Zunehmend autonomes / integriertes Wohnen	27% ↓	14% ↓
Desintegriertes Wohnen	46%	42% ↓

Signifikante Interaktionseffekte im Modell:

a * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 22.19$, $p \leq .001$

In Bezug auf die Wohnsituation ergibt der Vergleich der Eintrittssituation mit der Situation in der Nachbefragung (unter Berücksichtigung des Austrittsmodus) folgendes:

- Personen, die beim Eintritt zwar desintegriert gewohnt haben, aber ihre Therapie regulär abgeschlossen haben, weisen eine überdurchschnittliche hohe Wahrscheinlichkeit auf, ihre Wohnsituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung verbessert zu haben.
- Anders sieht es aus für Personen, die zum Zeitpunkt des Eintrittes desintegriert wohnten und die Therapie abgebrochen haben: 46% dieser Gruppe lebten auch seit ihrem Therapieaustritt desintegriert. Die Wahrscheinlichkeit

autonom und integriert zu leben, liegt in dieser Gruppe unter der erwarteten Wahrscheinlichkeit.

- Auch die Personen mit einer integrierten und autonomen Wohnsituation beim Eintritt, welche die Therapie regulär abgeschlossen haben, weisen überdurchschnittlich häufig auch in der Nachbefragung eine integrierte und autonome Wohnsituation auf (73%).
- Unter den Therapieabbrechern dagegen leben 42% der Personen, die zum Zeitpunkt des Eintrittes integriert wohnten, in der Nachbefragung in einer desintegrierten Umgebung. 44% ist es gelungen, die integrierte Wohnsituation aufrecht zu erhalten.

Analysiert man die globalen Interaktionen innerhalb dieses Modells zeigt sich auch, dass nur der Effekt zwischen der Wohnsituation in der Nachbefragung und der Art des Austrittes signifikant ist. Demnach ist eine regulär abgeschlossene Therapie eine wichtige Voraussetzung für eine gute und integrierte Wohnsituation. Entsprechend ist das Risiko einer desintegrierten Wohnsituation für Therapieabbrecher besonders hoch.

5.4.1.2. Arbeitssituation

Auch in der Analyse der Arbeitssituation konnten beim Eintritt eine integrierte und eine desintegrierte Gruppe identifiziert werden. Die Kategorisierung zum Zeitpunkt der Nachbefragung weist qualitativ die gleichen Dimensionen auf. Zusätzlich gibt es hier aber eine kleine Gruppe von Personen, die zwar beim Austritt zunächst eine gute Arbeitssituation aufwiesen, diese jedoch nicht halten konnten. Im Vergleich der Arbeitsintegration beim Eintritt mit derjenigen in der Nachbefragung muss jedoch festgehalten werden, dass eine integrierte Arbeitssituation zum Zeitpunkt des Eintrittes eine nur partielle Integration innerhalb des Arbeitsfeldes bedeutet: nur wenige Personen arbeiteten noch im Rahmen einer regulären Anstellung. In der Nachbefragung hatte sich dagegen die durch eine gute Arbeitssituation charakterisierte Gruppe durchgehend durch eigene Arbeitstätigkeit finanzieren können und eine reguläre Stelle (Voll- oder Teilzeit) inne gehabt.

Der Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation beim Eintritt und in der Nachbefragung ist in der Tabelle 133, wiederum separat für Therapieabbrecher und Therapieabsolventen, dargestellt. Nach oben gerichtete Pfeile bedeuten eine überdurchschnittliche Häufigkeit in den entsprechenden Kategorienkombinationen, während nach unten gerichtete Pfeile das Gegenteil bedeuten. Die Prozentuierung ist separat für Abbrecher und Absolventen jeweils pro Kategorie der Arbeitssituation beim Eintritt dargestellt und gibt die entsprechenden Verteilungen der Arbeitssituation in der Nachbefragung wieder.

Tabelle 133 Arbeitsintegration in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c)

In der Nachbefragung	Bei Therapieeintritt	
	Mit einem Fuss in der Arbeitswelt	Ausserhalb des Arbeitsmarktes
<i>regulär</i> <i>Total</i>	<i>n=72</i>	<i>n=51</i>
Gute Arbeitsintegration	51%	39%
Abnehmende Arbeitsintegration	21% ↓	14% ↓
Schlechte Arbeitsintegration	28% ↓	47%
<i>irregulär</i> <i>Total</i>	<i>n=42</i>	<i>n=23</i>
Gute Arbeitsintegration	26% ↓	4% ↓
Abnehmende Arbeitsintegration	7% ↓	0% ↓
Schlechte Arbeitsintegration	67% ↑	96% ↑

Signifikante Interaktionseffekte im Modell:

a * b, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 10.97$, $p \leq .01$; b * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 4.30$, $p \leq .05$; a * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 34.04$, $p \leq .001$

In Bezug auf die Arbeitssituation zeigt sich im Vergleich der Eintrittssituation mit der Situation in der Nachbefragung (unter Berücksichtigung des Austrittsmodus) folgendes:

- Von den Personen, die beim Eintritt noch mindestens einen Fuss innerhalb der Arbeitswelt hatten, konnten 51% eine gute Integration innerhalb der Arbeitswelt nach ihrem Therapieabschluss erreichen, wenn sie die Therapie regulär abgeschlossen haben. Die schlechte Arbeitsintegration ist in dieser Gruppe seltener als erwartet vorhanden (28%). Dasselbe trifft auf die 21% derjenigen Personen zu, die eine Verschlechterung ihrer Arbeitssituation während des Nachbefragungszeitraums erlebten. Auch dieser Anteil liegt unter den Erwartungswerten.
- 39% der Therapieabsolventen, die beim Eintritt ausserhalb des Arbeitslebens standen, ist es gelungen eine gute Arbeitsintegration in der Zeit nach dem Therapieabschluss zu etablieren. 47% sind jedoch immer noch arbeitsmässig schlecht integriert. Hatten die Therapieabsolventen beim Eintritt noch einen Fuss in der Arbeitswelt, jedoch ihre Therapie abgebrochen, weisen sie in der Nachbefragung überdurchschnittlich häufig eine schlechte In-

tegration auf (67%). Unter den Erwartungswerten liegt in dieser Gruppe der Anteil derjenigen, die auch in der Nachbefragung eine gute Arbeitsintegration haben (26%).

- Personen, die bereits beim Eintritt arbeitsmässig desintegriert waren und ihre Therapie abgebrochen haben, weisen praktisch alle (96%) eine schlechte Arbeitssituation in der Zeit nach dem Therapieabbruch auf. Dieser Anteil liegt deutlich über den Erwartungen.

Die Analyse der Effekte im Gesamtmodell weist drei signifikante Zusammenhänge auf:

- Personen, die bereits beim Eintritt einen Fuss in der Arbeitswelt hatten, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, auch in der Nachbefragung eine integrierte Arbeitssituation zu haben.
- Eine gute Arbeitsintegration nach einem Aufenthalt in einer stationären Therapie ist vor allem dann zu erwarten, wenn die Betroffenen die Therapie regulär abgeschlossen haben.
- Besonders deutlich zeigt sich der Zusammenhang zwischen guter Arbeitsintegration nach Austritt und regulärem Therapieabschluss für Personen, die beim Eintritt desintegriert gewohnt hatten (39% vs. 4%).

Die Arbeitssituation im Verlauf hängt also mit der Arbeitssituation beim Eintritt zusammen. Zudem scheint in der nachbefragten Stichprobe die Art des Austrittes tendenziell mit der Arbeitssituation beim Eintritt zusammenzuhängen. Wie bereits in der Analyse der Wohnsituation, beeinflusst die Art des Austrittes klar die Arbeitssituation in der Nachbefragung.

5.4.1.3. Finanzielle Abhängigkeiten

Als dritte Dimension der strukturellen Integration wurde die finanzielle Autonomie, bzw. die finanziellen Abhängigkeiten, gewählt. Zu beiden Erhebungszeitpunkten liessen sich drei Gruppen klassifizieren: Finanziell weitgehend unabhängige Personen, durch das Sozialamt finanziell unterstützte Personen und Personen, die durch ihre Familie oder andere soziale Netzwerke unterstützt wurden.

Tabelle 134 stellt die entsprechenden Zusammenhänge dar. Nach oben gerichtete Pfeile bedeuten eine überdurchschnittliche Wahrscheinlichkeit für die Kategorienkombination und nach unten gerichtete das Gegenteil. Die Prozentuierung erfolgt auch hier für die einzelnen Kategorien der finanziellen Situation beim Eintritt separat nach der Art des Austrittes.

Tabelle 134 *Finanzielle Abhängigkeiten in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c)*

In der Nachbefragung	Bei Therapieeintritt		
	Finanziell autonom	Unterstützt durch das Sozialamt	Private Unterstützung
<i>regulär</i> <i>Total</i>	<i>n=50</i>	<i>n=42</i>	<i>n=21</i>
Finanziell unabhängig	68% ↑	52%	67%
Von Eltern unterstützt	22% ↓	14% ↓	24% ↓
Von Sozialamt unterstützt	10% ↓	33% ↓	10% ↓
<i>irregulär</i> <i>Total</i>	<i>n=22</i>	<i>n=24</i>	<i>n=15</i>
Finanziell unabhängig	50%	38%	20% ↓
Von Eltern unterstützt	18% ↓	17% ↓	47%
Von Sozialamt unterstützt	32%	46%	33%

Signifikante Interaktionseffekte im Modell:

a * b, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 11.76$, $p \leq .05$; b * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 10.53$, $p \leq .01$;

Abweichungen um $\pm 1\%$ von 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Der Vergleich der Eintrittssituation mit der Situation in der Nachbefragung (unter Berücksichtigung des Austrittsmodus) zeigt folgendes hinsichtlich der finanziellen Abhängigkeiten:

- 68% der Personen, die bereits beim Eintritt finanziell weitgehend unabhängig waren und die Therapie regulär abgeschlossen haben, weisen eine weitgehend finanzielle Autonomie auch in der Nachbefragung auf. 22% werden von den Eltern finanziell unterstützt, während 10% Gelder vom Sozialamt erhalten.
- 33% der Personen, die beim Eintritt vom Sozialamt finanziert wurden und die Therapie regulär abgeschlossen haben, erhielten auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung Gelder vom Sozialamt. Die überwiegende Mehrheit in dieser Kategorie (52%) ist jedoch finanziell autonom.
- 67% der Personen, die beim Eintritt durch ihre Familie unterstützt wurden und die Therapie regulär beendet haben, sind in der Nachbefragung finanziell unabhängig. 24% werden weiterhin durch die Eltern unterstützt und nur 2 Personen (10%) erhalten Gelder vom Sozialamt.

- Auch Personen, die beim Eintritt finanziell weitgehend unabhängig waren und die Therapie abbrachen, konnten mehrheitlich ihre finanzielle Autonomie aufrecht erhalten (50%). 32% beziehen jedoch neu Gelder vom Sozialamt.
- 46% der Personen, die durch das Sozialamt finanziert wurden und die Therapie abbrachen, sind auch in der Nachbefragung von solchen Geldern abhängig. 38% ist es jedoch gelungen sich finanziell autonom zu machen. Therapieabbrecher, die beim Eintritt durch die Familie unterstützt wurden, sind besonders häufig auch in der Nachbefragung auf solche Gelder angewiesen (47%). Ein Drittel erhält neu finanzielle Unterstützung durch das Sozialamt, während 20% (weniger als erwartet) finanziell unabhängig geworden sind.

Eine Gesamtanalyse der Effekte im Modell zeigt vor allem zwei signifikante Zusammenhänge:

- Die finanzielle Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit scheint unabhängig vom Therapieaufenthalt relativ stabil zu sein. Personen, die bereits beim Eintritt finanziell unabhängig waren, sind dies auch überdurchschnittlich häufig in der Nachbefragung. Entsprechend sind Abhängigkeiten von Geldern, basierend auf dem Sozialhilfegesetz oder von familiärer Unterstützung, ziemlich stabil.
- Einen gewissen Einfluss hat die Art des Austrittes auf die finanzielle Autonomie: Personen, die eine stationäre Therapie regulär abgeschlossen haben, weisen in der Nachbefragung besonders selten eine Abhängigkeit von familiären Unterstützungsnetzen oder von sozialen Geldgebern auf.

5.4.1.4. Fazit

Ein Ziel der abstinenzorientierten Langzeittherapie ist eine umfassende strukturelle Integration in die Gesellschaft. Vor allem sollen Integrationsdefizite, die durch den Drogengebrauch entstanden sind, überwunden werden. Fragestellungen in den entsprechenden Analysen beziehen sich dann einerseits darauf, welche Bedeutung die erfolgreich abgeschlossene Therapie für die strukturelle Situation hat und andererseits darauf, inwiefern Ressourcen, die trotz Drogengebrauch noch immer vorliegen, für die Integration von Bedeutung sind.

Betrachtet man gesamthaft die Ergebnisse der vorangegangenen Analysen zeigt sich, dass eine regulär abgeschlossene Langzeittherapie unabhängig von vorhandenen Ressourcen mit einer guten Prognose bezüglich der Reintegration einhergeht. Demnach sind auch Personen, die infolge ihres Drogengebrauchs bereits grössere strukturelle Defizite erlebt haben, durchaus imstande sich zu reintegrieren, wenn es ihnen gelingt, die Therapie erfolgreich abzuschliessen. Die erzielten Zusammenhänge zeigen aber auch deutlich, dass eine gewisse strukturelle Selbständigkeit in Form von Abwesenheit expliziter struktureller

Abhängigkeiten und das Vorhandensein von Berührungspunkten mit der Arbeitswelt wichtige Ressourcen im Rehabilitationsprozess nach einer stationären Langzeittherapie darstellen.

5.4.2. Veränderungen in der sozialen Desintegration und Marginalisierung

Die Ziele einer erfolgreichen Rehabilitation nach einem stationären Therapieaufenthalt sind neben der Verbesserung der strukturellen Situation und der sozialen Reintegration auch die Distanzierung von drogenbenützenden Kreisen und der Verzicht auf illegale Aktivitäten. In den folgenden Abschnitten werden die Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise und die gerichtlichen Verurteilungen in der Zeit vor und nach der Therapie verglichen. Da angenommen werden kann, dass sich Personen, die die Therapie regulär abgeschlossen haben, eher vom drogenbestimmten Leben distanzieren, wird in der Analyse die Art des Therapieaustrittes zusätzlich als Kontrollvariable eingeschlossen.

5.4.2.1. Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise

Beim Eintritt konnte die Dimension „Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise“ in drei Gruppen unterteilt werden. Der grösste Teil der Befragten hatte in der aktiven Drogengebrauchsphase in der Zeit vor dem Therapieeintritt illegale Einkommensquellen und pflegte Kontakte zu anderen drogenbenützenden Menschen. Eine kleine Gruppe wies sich zudem durch das Vorhandensein verschiedenartiger Szenenaktivitäten (Mischeln) aus. Ebenfalls wenige Befragte waren trotz ihres Drogenkonsums nicht innerhalb der Szene aktiv.

In der Nachbefragung war der Anteil der Personen mit verschiedenen Formen illegaler und semilegaler Aktivitäten so klein, dass diese Variablen für die Gruppenbildung nicht verwendet werden konnten. Damit wurde die Szenenverankerung vor allem durch Kontakte zu Personen, die illegale Drogen benutzen, definiert. Es ergaben sich drei Gruppen, die sich nach der Häufigkeit der Kontakte differenzieren. Eine kleine Gruppe hatte viele Kontakte zu drogenbenützenden Personen, während sich der grösste Teil der Befragten durch das Fehlen solcher Kontakte kennzeichnete. Dazwischen liegt eine Gruppe von Personen, die gelegentlich Kontakte zu Personen mit illegalem Drogengebrauch pflegten.

Der Zusammenhang zwischen der Szenenverankerung beim Eintritt und in der Nachbefragung ist in der Tabelle 135 separat für Therapieabsolventen und Therapieabbrecher dargestellt. Wie bereits in den vorangehenden Abschnitten bedeuten die nach oben gerichteten Pfeile eine überdurchschnittliche Häufigkeit für die entsprechende Kategorienkombination, während nach unten gerichtete Pfeile das Gegenteil bedeuten. Die Prozentuierung ist jeweils für die Kategorie

der Szenenverankerung beim Behandlungsantritt separat für die zwei verschiedenen Arten des Therapieaustrittes dargestellt.

Tabelle 135 Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c)

		Bei Therapieeintritt		
In der Nachbefragung		Die "Illegalen"	Die "Legalen"	Szene als Heimat
<i>regulär</i>	<i>Total</i>	<i>n=74</i>	<i>n=27</i>	<i>n=22</i>
	Kaum Kontakte	78% ↑	85% ↑	82% ↑
	Gelegentliche Kontakte	16% ↓	11% ↓	14% ↓
	Viele Kontakte	5% ↓	4% ↓	5% ↓
<i>irregulär</i>	<i>Total</i>	<i>n=35</i>	<i>n=17</i>	<i>n=13</i>
	Kaum Kontakte	69% ↑	77% ↑	54%
	Gelegentliche Kontakte	9% ↓	18% ↓	8% ↓
	Viele Kontakte	23% ↓	6% ↓	39%

Signifikante Interaktionseffekte im Modell:

a * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 11.82$, $p \leq .01$;

Abweichungen um ± 1 % auf 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Hinsichtlich der Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise zeigt der Vergleich der Eintrittssituation mit der Situation in der Nachbefragung (unter Berücksichtigung des Austrittsmodus) folgendes:

- Personen, die die Therapie regulär abgeschlossen haben, fallen überdurchschnittlich häufig in die Kategorie „kaum Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen“ in der Nachbefragung, unabhängig von der Art der Szenenverankerung beim Eintritt (78% bis 85%).
- Nur 4% bis 5% der regulär aus der Therapie Ausgetretenen pflegten zur Zeit der Nachbefragung viele Kontakte zu Personen, die illegale Drogen konsumieren.
- Auch in der Gruppe der Therapieabbrecher scheinen Kontakte zu drogenbenützenden Menschen nur selten vorzukommen: in allen drei Kategorien der Szenenverankerung beim Eintritt berichten die Befragten am häufigsten, dass sie zum Zeitpunkt der Nachbefragung kaum solche Kontakte hatten.

Diese Anteile liegen jedoch deutlich tiefer als bei denjenigen, welche die Therapie regulär abgeschlossen haben.

- Dagegen berichten Therapieabbrecher, die beim Eintritt innerhalb der Drogenszene verkehrten, deutlich häufiger als die entsprechenden Therapieabsolventen über viele Kontakte innerhalb der drogenbenützenden Kreise zum Zeitpunkt der Nachbefragung: 39% der Personen, die beim Eintritt eine ganze Reihe von Szeneaktivitäten aufwiesen, und 23% der Personen, die beim Eintritt von illegalen Aktivitäten und Kollegenkontakten innerhalb der Drogenszene berichteten, hatten auch viele solcher Kontakte in der Nachbefragung.

Die Analyse des Gesamtmodells zeigt nur einen signifikanten Effekt:

- Inwieweit Therapieabgänger eineinhalb Jahre nach dem Therapieabschluss innerhalb drogenbenützender Kreise verankert sind, scheint in erster Linie mit der Art und Weise, wie sie die Therapie verlassen haben, zusammenzuhängen. Den Therapieabsolventen gelingt es offensichtlich häufiger, sich von drogenbenützenden Mitmenschen zu distanzieren als es denjenigen gelingt, welche die Therapie irregulär verlassen haben.

5.4.2.2. Gerichtliche Verurteilungen

Ein wichtiger Indikator der sozialen Marginalisierung sind gerichtliche Verurteilungen. Einerseits sind sie ein Indikator für die subkulturelle Integration, andererseits stellen sie aber auch häufig eine Barriere für die Rehabilitation dar. Für die Situation beim Eintritt konnten drei Gruppen basierend auf gerichtlichen Verurteilungen in der Biographie identifiziert werden. Während ein Teil der Befragten kaum solche Verurteilungen aufwies, war ein grösserer Teil bereits umfassend vorbestraft. Typisch für diese zweite Gruppe sind vor allem auch Delikte im Umfeld des Drogenhandels. Die dritte Gruppe besteht aus Personen, die verschiedene Formen der Kleinkriminalität bzw. Beschaffungsdelikte als Gründe der Verurteilungen angeben. Für die Nachbefragung ergaben sich nur zwei Gruppen. Die meisten sind nicht verurteilt worden, während ein kleiner Teil auch in der Zeit nach dem Therapieaustritt solche gerichtlichen Verurteilungen aufweist.

Der Zusammenhang der Typologien basierend auf gerichtlichen Verurteilungen beim Eintritt und beim Austritt ist in Tabelle 136 dargestellt. Nach oben gerichtete Pfeile bedeuten eine überdurchschnittliche Häufigkeit in dieser Kategorie. Die Prozentuierung erfolgt jeweils für Kategorien der Typologie beim Eintritt und separat für Therapieabsolventen und Therapieabbrecher.

Tabelle 136 Verurteilungen in der Nachbefragung und bei Eintritt für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse

		Bei Therapieeintritt		
In der Nachbefragung		Umfassend Vorbestrafte	Kleinkriminelle	Kaum Verurteilungen
<i>regulär</i>	<i>Total</i>	<i>n=49</i>	<i>n=35</i>	<i>n=39</i>
Keine Verurteilungen		80% ↑	97% ↑	90% ↑
Verurteilungen		20%	3%	10%
<i>irregulär</i>	<i>Total</i>	<i>n=25</i>	<i>n=22</i>	<i>n=18</i>
Keine Verurteilungen		68%	82% ↑	78% ↑
Verurteilungen		32%	18%	22%

Signifikante Interaktionseffekte im Modell:

a * b, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 6.10$, $p \leq .05$; a * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 4.57$, $p \leq .05$

In Bezug auf gerichtliche Verurteilungen zeigt der Vergleich der Eintrittssituation mit der Situation in der Nachbefragung (unter Berücksichtigung des Austrittsmodus) folgendes:

- Therapieabgänger, welche ihre Therapie regulär abgeschlossen haben, sind überdurchschnittlich selten in den eineinhalb Jahren nach dem Therapieabschluss nochmals gerichtlich verurteilt worden (3% bis 20%). Am häufigsten weisen Personen, die in ihrer Biographie bereits umfassend vorbestraft waren, Verurteilungen auf (20%).
- Auch bei Personen, die irregulär ihre Therapie abgeschlossen haben, ist die Wahrscheinlichkeit, nach dem Therapieabschluss keine Verurteilungen aufzuweisen, überdurchschnittlich hoch, falls sie beim Eintritt in die Kategorie „Kleinkriminalität“ oder „kaum Verurteilungen“ fallen. Auch in der Kategorie „umfassend Vorbestrafte“ sind in dieser Gruppe bei 68% keine Verurteilungen zu beobachten. Auffallend ist aber, dass in dieser Gruppe 32% der Befragten nach ihrem Austritt nochmals gerichtlich verurteilt wurden.
- Die neuen Verurteilungen sind durch Delikte, die vor dem Therapieeintritt und durch solche, die erst in der Zeit nach Therapieaustritt stattfanden, begründet.

Betrachtet man das Gesamtmodell, zeigen sich vor allem zwei signifikante Effekte:

- Personen, die bereits vor ihrem Eintritt ein umfassendes Vorstrafenregister aufwiesen, haben ein signifikant höheres Risiko in der Zeit nach dem Therapieabschluss nochmals verurteilt zu werden.
- Der Austrittsmodus weist einen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, in der Nachbefragung Verurteilungen aufzuweisen, auf. Personen, die die Therapie irregulär verlassen haben, haben häufiger neue Verurteilungen erlebt.

5.4.2.3. Fazit

Innerhalb einer stationären Langzeittherapie sollen die Betroffenen Distanz zu drogenbedingten Aktivitäten und Kontakten gewinnen. Zusätzlich ist wichtig, eine eventuell bereits begonnene Kriminalisierung der Betroffenen zu unterbrechen. Wie bereits in der Analyse der strukturellen Integration, zeigen sich auch hier zwei zentrale Fragestellungen. Einerseits ist von Interesse, inwiefern eine regulär abgeschlossene Langzeittherapie mit einer Distanzierung von einer drogenbedingten Laufbahn, inklusive der damit verbundenen Gefahr einer Kriminalisierung, einhergeht. Andererseits kann in diesem Zusammenhang vermutet werden, dass ein entsprechender Erfolg um so schwieriger zu erreichen sein dürfte, je stärker die Betroffenen bereits vor der Therapie als Kriminelle registriert worden sind und je stärker sie innerhalb der drogenbenützenden Kreise verankert sind.

Betrachtet man die entsprechenden Ergebnisse, zeigt sich deutlich die Wichtigkeit einer Langzeittherapie für die Distanzierung von drogenbedingten Kontakten und für die Unterbrechung einer kriminellen Karriere. Befragte, die ihre Therapie regulär abgeschlossen haben, haben sich deutlich häufiger von drogenbedingten Kontakten distanzieren können als diejenigen, welche die Therapie frühzeitig verlassen haben. Auch das Risiko, nach einer stationären Therapie innerhalb des Justizsystems erneut registriert zu werden, nimmt offensichtlich durch eine absolvierte Langzeittherapie ab. Während aber für die Distanzierung von der Drogenszene die vor der Therapie bestandene Verankerung innerhalb derselben von keiner signifikanten Bedeutung ist, zeigt sich, dass Personen mit einem umfassenden Vorstrafenregister auch bei abgeschlossener Therapie häufiger Gefahr laufen, durch das Justizsystem erneut erfasst zu werden.

5.4.3. Veränderungen der Muster des Drogengebrauches

Ein zentrales Ziel einer stationären Langzeittherapie ist die Aufgabe oder mindestens eine Verminderung des Gebrauchs von Rauschmitteln. Beim Eintritt konnten die Befragten in drei Gruppen unterteilt werden, welche die typischen Muster des Drogengebrauchs widerspiegeln: Der grösste Teil der neu eintretenden

Therapieklientele wies einen täglichen Heroingebrauch auf; diese Personen gebrauchten aber in der Regel nicht andere harte Drogen. Ein etwas kleinerer Teil konsumierte täglich Heroin und Kokain, während die kleinste Gruppe aus Personen bestand, die in der Zeit vor dem Therapieeintritt zwar Heroin konsumierten, dies aber nicht mehr täglich. Die Muster des Konsums von Heroin und Kokain liessen sich zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht entsprechend kategorisieren. Darum wurden vier Gruppen gebildet, welche die zeitliche Dimension des Drogenkonsums in den 18 Monaten nach dem Austritt widerspiegeln. Während die erste Gruppe keine harten Drogen mehr konsumiert hatte, weist die Gruppe mit dem zeitlich umfassendsten Konsum solche Episoden in allen drei sechsmonatigen Perioden seit dem Austritt auf.

Der Zusammenhang der Konsummuster von illegalen Drogen beim Eintritt und in der Nachbefragung ist in Tabelle 137 dargestellt. Die nach unten gerichteten Pfeile bedeuten, dass die entsprechende Kategorienkombination in der Analyse seltener als erwartet vorkommt. Prozentuiert wurde separat für jede Kategorie der Konsummuster beim Eintritt und die regulären und irregulären Therapieabschlüsse. Sie gibt somit die jeweiligen Häufigkeitsverteilungen für die Konsummuster in der Nachbefragung wieder.

Tabelle 137 Muster des Drogengebrauches in der Nachbefragung (a) und bei Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c)

		Bei Therapieeintritt		
In der Nachbefragung		Hard-Core-Gebraucher	Ohne täglichen Gebrauch	Heroin-Gebraucher
<i>regulär</i>	<i>Total</i>	<i>n=33</i>	<i>n=24</i>	<i>n=55</i>
keine harten Drogen		49%	42%	47%
harte Drogen während 6 Monaten		21% ↓	25% ↓	20% ↓
harte Drogen während 12 Monaten		12% ↓	21% ↓	16% ↓
harte Drogen während 18 Monaten		18% ↓	13% ↓	16% ↓
<i>irregulär</i>	<i>Total</i>	<i>n=17</i>	<i>n=12</i>	<i>n=31</i>
keine harten Drogen		24% ↓	17% ↓	13% ↓
harte Drogen während 6 Monaten		18% ↓	25%	32%
harte Drogen während 12 Monaten		24% ↓	0% ↓	19% ↓
harte Drogen während 18 Monaten		35%	58%	36%

*Signifikante Interaktionseffekte im Modell:

a * c, Veränderung in L.R. $\chi^2 = 19.99$, $p \leq .001$;

Abweichungen um $\pm 1\%$ von 100% sind auf Rundungen zurückzuführen

Der Vergleich zwischen den Konsummustern beim Eintritt mit jenen in der Nachbefragung zeigt folgendes:

- 49% der Personen, die ihre Therapie regulär abgeschlossen und beim Eintritt täglich Kokain und Heroin konsumiert hatten, berichten in der Nachbefragung, seit dem Austritt keine harte Drogen konsumiert zu haben. Die entsprechenden Anteile liegen für Personen mit nur gelegentlichem Gebrauch oder mit hauptsächlichem Heroingebrauch beim Eintritt bei 42% bzw. 47%.
- Bei Personen mit einem regulären Therapieabschluss liegen die Anteile des Drogengebrauchs in der Nachbefragung für alle drei Kategorien, unabhängig vom Gebrauchsmuster beim Eintritt, unter den erwarteten Werten. Am häufigsten wird berichtet, dass harte Drogen noch während 6 Monaten konsumiert wurden (zwischen 20% und 25%).

- Personen mit einem irregulären Therapieabschluss haben dagegen in allen drei Kategorien der Drogengebrauchsmuster beim Eintritt am häufigsten wieder während 18 Monaten nach dem Austritt harte Drogen konsumiert. Am höchsten liegt dieser Anteil bei Personen, die beim Eintritt gelegentlich konsumierten: 58% berichten über einen durchgehenden Drogengebrauch in der Nachbefragung. In den zwei anderen Kategorien der Eintrittssituation liegt der entsprechende Anteil bei etwas mehr als einem Drittel.

Betrachtet man die Effekte im Gesamtmodell, zeigt sich dann auch, dass nur der Zusammenhang zwischen Austrittsmodus und Drogenkonsummuster in der Nachbefragung signifikant ist. Personen, die ihre stationäre Therapie regulär abgeschlossen haben, weisen überdurchschnittlich häufig in der Nachbefragung keinen Drogenkonsum mehr auf, während ein irregulärer Therapieabschluss bei den meisten Betroffenen mit einer Fortsetzung des Gebrauchs von illegalen harten Drogen einhergeht.

5.4.3.1. Fazit

In Zentrum einer abstinenzorientierten Langzeittherapie steht die Frage der Veränderungen in den Mustern des Drogengebrauchs. Es wird davon ausgegangen, dass eine Langzeittherapie einen relevanten Beitrag für die Aufgabe oder mindestens für eine Reduktion des illegalen Drogengebrauchs leistet. Von Interesse ist aber auch die Frage, inwiefern die Gebrauchsmuster vor dem Therapieeintritt mit dem Therapieergebnis bezüglich des Drogengebrauchs zusammenhängen.

Die entsprechenden Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass eine abgeschlossene Langzeittherapie mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Aufgabe des Konsums von illegalen Drogen (Heroin, Kokain) einhergeht. Diese generell positive Veränderung bei Therapieabgängern ist offensichtlich gänzlich unabhängig von der Frage, wie häufig, wie lange und welche Art von Drogen die Betroffenen vor ihrem Eintritt zu sich genommen haben. Umgekehrt gebrauchen Therapieabbrecher mehrheitlich nach dem Therapieabbruch weiterhin bzw. erneut illegale harte Drogen.

5.5. Subjektive Attribuierung von „Erfolg“ und „Misserfolg“ sowie Therapiebeurteilung

In den folgenden Abschnitten wird der Frage nachgegangen, wie die Therapieabgänger ihre „Erfolge“ oder „Misserfolge“ in der Rehabilitation selbst begründen. Die konkreten Fragestellungen fokussieren auf zwei Aspekte:

- Bezogen auf die Dimension Drogenfreiheit resp. Drogenkonsum wird zuerst bei Personen, die im Interview über einen erneuten Gebrauch von harten Drogen berichten, nach den subjektiven Gründen für einen Rückfall gefragt: Worauf führen es die Betroffenen zurück, dass sie (mindestens zeitweise) wieder harte illegale Drogen konsumiert haben? Zusätzlich wurde in dieser Gruppe gefragt, welche Faktoren nach Ansicht der Befragten für ein drogenfreies Leben besonders wichtig gewesen wären. Bei denjenigen Personen, welche seit Austritt keine harten illegalen Drogen mehr konsumiert haben oder dies zumindest eine Zeit lang nicht mehr taten, interessieren die subjektiven Gründe für das Leben ohne Drogen.
- Bezogen auf die Lebensbewältigung in der Zeit nach der Therapie wird nach den diesbezüglichen selbst wahrgenommenen Veränderungen gefragt: In welchen Verhaltensweisen und Lebensbereichen haben die Betroffenen selbst Veränderungen konstatiert, und wie schätzen sie dabei die Bedeutung der Therapie ein?

5.5.1. Subjektive Gründe für einen Rückfall und für das Leben ohne Drogen

Welches sind die subjektiv als relevant erachteten Gründe für den Wiederkonsum von illegalen harten Drogen? Welches hingegen sind Gründe dafür, dass (zumindest zeitweise) keine illegalen harten Drogen mehr konsumiert wurden? Diesen Fragen wird in den folgenden Abschnitten nachgegangen.

5.5.1.1. Subjektive Gründe für einen Rückfall

Von den nachbefragten Therapieabgängern hat ein Teil in den 18 Monaten nach dem Austritt mindestens zeitweise wieder harte illegale Drogen (Opiate, Kokain) konsumiert. Alle Personen, welche zumindest zeitweiligen Wiederkonsum angaben, wurden danach gefragt, welche Umstände, Probleme oder Empfindungen sie selbst damit in Zusammenhang sehen. Rund zwei Drittel aller Nachbefragten (121 Personen) haben die Frage beantwortet. In Tabelle 138 ist dargestellt, welche Bedeutung den erfragten Items von den Betroffenen zugemessen wird.

Tabelle 138 Subjektive Gründe für den Wiederkonsum von illegalen harten Drogen

	Kein Einfluss %	Kleiner Einfluss %	Mittlerer Einfluss %	Grosser Einfluss %
Lust auf harte Drogen (n=121)	25	10	23	42
(psychische) Probleme mit mir selber (n=119)	28	16	28	28
Freundeskreis mit Konsum harter Drogen (n=120)	57	20	6	17
Probleme in Partnerschaft (n=120)	62	11	8	19
Szenenleben vermisst (n=120)	64	17	11	8
kein Partner, keine Partnerin (n=120)	68	12	9	11
keine Freunde (n=120)	72	8	8	12
Trennung/Scheidung von Partner/in (n=120)	72	9	7	12
Probleme mit Eltern (n=120)	72	14	10	4
Frustrationen bei der Arbeitsuche (n=120)	73	7	11	9
Probleme am Arbeitsplatz (n=121)	74	10	8	8
Probleme mit Freunden und Freundinnen (n=120)	76	12	7	5
Tod von nahestehenden Personen (n=119)	85	3	4	8
Probleme mit Justiz (n=119)	86	8	3	3
Gesundheitliche Probleme (n=119)	87	4	4	5
Schulden (n=118)	88	5	3	4
Kündigung meiner Arbeitsstelle (n=119)	89	4	2	5
Von Freunden zu Konsum überredet (n=119)	96	-	-	4

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, für welche die Frage relevant war. Die Differenz zu 189 sind entsprechend fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Die *Lust auf harte Drogen* scheint bei einem Grossteil der Befragten eine zentrale Rolle hinsichtlich eines Rückfalls zu spielen: 42% der Personen, welche nach eigenen Angaben wieder harte Drogen konsumiert haben, sprechen diesbezüglich dem Verlangen nach harten Drogen einen grossen Einfluss zu, weitere 23% einen mittleren. Nur für jede vierte befragte Person, die mindestens zeitweise wieder harte Drogen konsumiert hat, spielte die blossе Lust auf Drogen keine Rolle bezüglich des Rückfalls (Tabelle 138).

An zweiter Stelle folgen *(psychische) Probleme mit sich selber*: mehr als die Hälfte der Wiederkonsumierenden (56%) sprechen Problemen mit sich selber einen mittleren bis starken Einfluss auf den Wiederkonsum zu. Nur jede vierte Person erachtet diese Probleme als gar nicht ausschlaggebend dafür, dass sie wieder harte Drogen konsumiert hat.

Ein *Freundeskreis, in dem harte Drogen konsumiert werden*, gilt ebenfalls relativ häufig als einflussreicher subjektiver Grund für den Wiederkonsum von harten illegalen Drogen, gefolgt von *Problemen in der Partnerschaft*.

Mittels einer Faktorenanalyse¹³ wurden ausgehend von den Einzelitems dieser Frage drei Faktoren extrahiert (Tabelle 139). Folgende Items wurden weggelassen, da sie schief verteilt sind (mehr als 80% der Antworten in einer Kategorie): „Kündigung der Arbeitsstelle“, „Tod von nahestehenden Personen“, „Schulden“, „gesundheitliche Probleme“, „Probleme mit der Justiz“ sowie das Item „von Freunden zu Konsum überredet“.

Tabelle 139 Faktorenladungen¹⁴ zu den subjektiven Gründen für den Rückfall

<i>Faktor 1: Psychosoziale Probleme und problematische Arbeitsintegration</i>	
Probleme mit Eltern	.60441
Frustrationen bei der Arbeitsuche	.58605
(Psychische) Probleme mit sich selbst	.56221
Freundeskreis konsumiert harte Drogen	.55326
Probleme mit Freunden	.50617
Probleme am Arbeitsplatz	.49506
<i>Faktor 2: Partnerschaftsprobleme bei Distanz zu Drogen und Szene</i>	
Trennung/Scheidung von Partner/in	.74326
Probleme in Partnerschaft	.68678
Szenenleben vermisst	-.57797
Lust auf harte Drogen	-.49021
<i>Faktor 3: Soziale Isolation</i>	
Keine Freunde	.83486
Kein Partner, keine Partnerin	.64348

Die drei Faktoren lassen sich wie folgt beschreiben:

- *Psychosoziale Probleme und problematische Arbeitsintegration (Faktor 1; n=119; Cronbachs alpha¹⁵ = .56)*: Ein erstes „Bündel“ von Gründen, die aus subjektiver Sicht mit dem Wiederkonsum einhergehen, umfasst psychosoziale Probleme (Probleme mit Eltern, Freunden, sich selbst) sowie eine problematische Arbeitsintegration, welche sich entweder durch Frustrationen bei der Arbeitsuche äussert oder in Problemen am Arbeitsplatz selbst. Zu diesem Faktor gehört auch das Vorhandenseins eines Freundeskreises, in dem harte Drogen konsumiert werden.

¹³ Zur Beschreibung der Faktorenanalyse siehe 4.4.3.1.

¹⁴ In den folgenden Tabellen sind nur die Ladungen der jeweiligen Faktoren aufgeführt. Die ausführlichen rotated factor matrixes sind im Anhang dargestellt.

¹⁵ Auf Basis der Faktorlösung wurde jeweils für die entsprechenden Summenscores Cronbach's alpha berechnet, das die Reliabilität der jeweiligen Scale wiedergibt.

- *Partnerschaftsprobleme bei Distanz zu Drogen und Szene (Faktor 2; $n=120$; Cronbachs $\alpha = .51$):* Ein zweites „Bündel“ von subjektiv wichtigen Gründen umfasst Probleme in der Partnerschaft (inklusive Trennung oder Scheidung), dies bei „szenenfernen“ Personen, bei denen die Lust auf harte Drogen nicht im Vordergrund steht.
- *Soziale Isolation (Faktor 3; $n=120$; Cronbachs $\alpha = .63$):* Das dritte „Bündel“ von subjektiv wichtigen Gründen schliesslich lässt sich als soziale Isolation im Sinne eines fehlenden Freundeskreises und einer fehlenden Partnerschaft beschreiben.

Die eruierten Faktoren erklären 45% der Varianz. Die einzelnen Faktoren sind in sich nur moderat konsistent.

5.5.1.2. Subjektive Gründe für das Leben ohne Drogen

Alle Nachbefragten wurden anhand einer Item-Batterie zu den Gründen befragt, welche ihrer Einschätzung nach dazu beigetragen haben, dass sie seit dem Therapieaustritt nur zeitweise oder gar nie illegale harte Drogen konsumiert haben. Jene Personen, die während der *ganzen* Zeit seit Austritt illegale harte Drogen konsumiert haben, wurden aufgefordert, die Frage hypothetisch zu beantworten im Sinne einer Einschätzung, was ihnen geholfen *hätte*, um ohne Drogen leben zu können.

In Tabelle 140 (siehe folgende Seite) sind die Häufigkeiten der Antworten bezogen auf die einzelnen Items dargestellt.

Es zeigt sich, dass jenen Items der stärkste Einfluss auf das (tatsächliche oder hypothetische) Leben ohne Drogen attestiert wird, die den Beginn eines neuen, sinnvollen Lebens umschreiben: Zwischen 70% und 76% der Befragten erachten die Items „will ein neues Leben beginnen“, „will ein sinnvolles Leben führen“ und „will bewusst leben“ als sehr wichtig, jeweils weitere 13% resp. 14% als mittel wichtig. Auch einer „bewussten Entscheidung“ kommt hohe subjektive Bedeutung zu (81% mittlerer / grosser Einfluss), ebenso der Erkenntnis, dass Drogen die eigenen Probleme nicht lösen.

Die „Abscheu vor der Abhängigkeit“ sowie die „Ablehnung des Szenenmilieus“ rangieren ebenfalls relativ hoch (70% resp. 54% mittlerer / grosser Einfluss). Des weiteren wird das Vorhandensein einer Arbeitsstelle von vielen als Halt gebend betrachtet (65% mittlerer / grosser Einfluss). Der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitssituation und dem Wunsch, die Arbeit nicht zu verlieren, kommt entsprechend eine grosse Bedeutung zu (62% resp. 52% mittlerer / grosser Einfluss). Es folgen die Angst vor psychischen und körperlichen Schäden, welche von gut der Hälfte der Personen als zumindest ein wenig bedeutsam für das Leben ohne Drogen erachtet werden.

Tabelle 140 Subjektive Gründe für das Leben ohne Drogen

	Kein Einfluss %	Kleiner Einfluss %	Mittlerer Einfluss %	Grosser Einfluss %
Will ein neues Leben beginnen (n=176)	8	4	13	76
Will ein sinnvolles Leben führen (n=177)	10	6	14	70
Will bewusst leben (n=175)	11	5	14	70
Bewusste Entscheidung getroffen (n=177)	12	7	15	66
Drogen lösen meine Probleme nicht (n=178)	15	8	15	62
Brauche Drogen nicht mehr (n=174)	23	10	14	53
Abscheu vor Abhängigkeit (n=178)	23	7	22	48
Arbeit gibt Halt (n=174)	24	11	17	48
Mit Arbeit zufrieden (n=172)	27	11	19	43
Lehne Szenenmilieu ab (n=176)	35	11	13	41
Will Arbeit nicht verlieren (n=176)	39	9	14	38
Angst vor psychischen Schäden (n=178)	49	13	14	27
Angst vor körperlichen Schäden (n=178)	50	9	19	22
Freundeskreis ohne harte Drogen (n=177)	53	11	11	25
Sport (n=178)	60	6	15	19
Angst vor Gerichtsverfahren / Polizei (n=178)	63	15	10	12
Thema Abhängigkeit in Nachsorge (n=174)	65	10	14	11
Ausbildung (n=174)	67	4	6	23
Löse Probleme in Psychotherapie (n=178)	74	8	9	9
Kein Geld für Drogen (n=175)	75	9	6	10
Den Eltern zuliebe (n=177)	75	9	7	9
Dem Partner zuliebe (n=176)	76	4	9	11
Auf Drängen des Partners (n=175)	76	8	6	10
Angst vor HIV-Infektion (n=177)	77	5	6	12
Schock nach Überdosis von Freunden (n=178)	77	9	5	9
Nachsorge allgemein (n=177)	77	9	7	7
Wegen der Kinder (n=171)	78	2	5	15
Zu alt (n=176)	78	5	10	7
Auf Drängen der Eltern (n=178)	79	8	6	7
Um gerichtlicher Sanktion zu entgehen (n=178)	80	9	3	8
Angst vor Überdosis (n=178)	82	9	1	8
Religiöse Erfahrung (n=177)	90	3	2	5
HIV-positiv (n=178)	98	1	-	1

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die Frage beantwortet haben. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Werden die Items mittels einer Faktorenanalyse gruppiert, ergeben sich vier Faktoren (Tabelle 141). Ausgeschlossen wurden wiederum jene Items, die einen Grossteil der Antworten (hier: mehr als 74%) in einer Kategorie auf sich vereinen.

Tabelle 141 Faktorenladungen zu den subjektiven Gründen für das Leben ohne Drogen

<i>Faktor 1: Arbeits-/Ausbildungssituation</i>	
Mit Arbeit zufrieden	.89773
Arbeit gibt Halt	.88313
Will Arbeit nicht verlieren	.81227
Ausbildung	.53402
<i>Faktor 2: Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Strafverfolgung</i>	
Angst vor körperlichen Schäden	.81313
Angst vor psychischen Schäden	.76606
Angst vor Gerichtsverfahren / Polizei	.57121
Thema Abhängigkeit in Nachsorge	.53891
<i>Faktor 3: Ablehnung von Drogen und Szene</i>	
Lehne Szenenmilieu ab	.76299
Drogen lösen meine Probleme nicht	.71975
Abscheu vor Abhängigkeit	.53238
<i>Faktor 4: Bewusste Entscheidung für sinnvollen Neubeginn</i>	
Will bewusst leben	.78387
Will ein sinnvolles Leben führen	.74170
Bewusste Entscheidung getroffen	.59978

Die vier Faktoren lassen sich wie folgt charakterisieren:

- *Arbeits-/Ausbildungssituation (Faktor 1; n=169; Cronbachs alpha = .82)*: Ein zentrales Itembündel, das im Hinblick auf das tatsächliche (zumindest zeitweise) oder hypothetische Leben ohne harte Drogen subjektiv als bedeutsam erachtet wird, betrifft die Arbeitsintegration. Es umfasst die Items „Halt durch Arbeit“, „Zufriedenheit mit der Arbeit“ und „Wunsch, die Arbeit beizubehalten“. Zu dieser Dimension gehört auch das Absolvieren einer Ausbildung.
- *Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Strafverfolgung (Faktor 2, n=174; Cronbachs alpha = .66)*: Dieser Faktor umfasst die Angst vor psychischen und körperlichen Schädigungen sowie vor Strafverfahren im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch. Damit einher geht die Bedeutung der Nachsorge, welche Gelegenheit bietet, am „Thema Abhängigkeit“ (und den damit verbundenen Ängsten) dranzubleiben. Dieses Item weist jedoch in

der Reliabilitätsanalyse eine unterdurchschnittliche „Item-Total-Korrelation“ auf (.27).

- *Ablehnung von Drogen und Szene (Faktor 3, $n=176$; Cronbachs $\alpha = .60$):* Im dritten Faktor gehen negative Haltungen gegenüber der Drogenabhängigkeit und der Szene mit der Erkenntnis einher, dass Drogen das eigene Problem nicht lösen können.
- *Bewusste Entscheidung für sinnvollen Neubeginn (Faktor 4, $n=174$; Cronbachs $\alpha = .69$):* Der vierte Faktor schliesslich betont den Wunsch nach und die bewusste Entscheidung für ein neues, sinnvolleres Leben und drückt damit zukunftsgerichtete positive Erwartungen aus.

Die vier eruierten Faktoren erklären 55.3% der Varianz und weisen eine akzeptable interne Konsistenz auf.

5.5.1.3. Fazit

Der stärkere Einbezug der subjektiven Perspektive der Betroffenen ist inzwischen in der Evaluationsforschung ein weit verbreitetes Desiderat. Dabei interessieren unter anderem die Gründe für die Aufgabe des Drogenkonsums oder für einen Rückfall. Für einen gelingenden Ausstieg aus einer Drogenlaufbahn werden zwei Motivbündel als zentral erachtet: einerseits die Ablehnung des Lebens als Drogenabhängiger und die Vermeidung negativer Konsequenzen, andererseits positive Erwartungen und Alternativen für die Zukunft sowie die Verwirklichung von Lebenszielen. In der vorliegenden Studie wurde nach der subjektiven Attribuierung des Wiederkonsums wie auch des ohne-Drogen-leben-Könnens gefragt.

Was die subjektive Attribuierung eines zumindest zeitweiligen *Wiederkonsums* von harten Drogen nach dem Austritt aus der stationären Therapie anbelangt, lassen sich die Antworten auf drei Dimensionen ordnen: 1) Items, die sich auf psychosoziale Probleme oder eine problematische Arbeitsintegration beziehen, 2) Probleme in der Partnerschaft bei gleichzeitiger Distanz zum drogenbestimmten Leben und 3) soziale Isolation. Die mit Abstand grösste Bedeutung wird der Lust auf harte Drogen sowie (psychischen) Problemen mit sich selbst zugemessen. Ebenfalls grosse Zustimmung finden verschiedene Motive, die sich über alle drei Dimensionen verteilen und eine drogen-orientierte soziale Orientierung, Probleme in der Partnerschaft, soziale Isolation oder eine problematische Arbeitssituation ansprechen.

Die für den erfolgten Wiederkonsum als relevant berichteten Gründe sind zu einem grossen Teil im Bereich der sozialen Beziehungen und des sozialen Netzwerkes angesiedelt und bestätigen somit aus subjektiver Perspektive die hohe Bedeutung, die der sozialen Integration zukommt. Gerade die soziale Un-

terstützung und soziale Beziehungen ausserhalb der Drogenszene werden für eine gelingende Rehabilitation als wichtig erachtet. Eine geringe Distanzierung von drogenbenützenden Kreisen, aber auch soziale Isolation gelten hingegen als rehabilitationerscherend. Auch die Bedeutung der Arbeitssituation findet sich in der Literatur, insofern ein Zusammenhang von gelingender beruflicher Integration und Abstinenz angenommen wird.

Die subjektiven Gründe für ein zumindest zeitweiliges tatsächliches oder (wenn die ganze Zeit harte Drogen konsumiert wurden) hypothetisches *Leben ohne Drogen* lassen sich in vier Motivgruppen unterscheiden: 1) Gründe, welche die Arbeits- resp. Ausbildungssituation betreffen, 2) Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vor Strafverfolgung, 3) Motive, welche die Ablehnung des drogenbezogenen Lebens zum Ausdruck bringen und 4) eine bewusste Entscheidung für ein neues, sinnvolles Leben. Die Items der letztgenannten Dimension werden mit Abstand am häufigsten als bedeutsam erachtet. Auch die Items der dritten Dimension, welche eine Abwendung vom bisherigen drogenbestimmten Leben zum Ausdruck bringen, werden häufig genannt. Auch einzelne Motive aus dem Bereich der ersten und zweiten Gruppe – welche eine positive Arbeitssituation oder die Angst vor negativen gesundheitlichen Konsequenzen betreffen – finden noch mehrheitlich Zustimmung.

Die für ein „Leben ohne Drogen“ am häufigsten als bedeutsam erachteten Motive bestätigen tendenziell die in der Literatur erwähnten zwei hauptsächlichen Motivbündel „positive, zukunftsgerichtete Ausstiegsmotivation“ und „negative Ausstiegsmotivation im Sinne der Ablehnung des bisherigen drogenbestimmten Lebens“.

5.5.2. Subjektiv wahrgenommene Veränderungen und rückblickende Beurteilung der Therapie

Alle nachbefragten Personen wurden gefragt, in welchen Lebensbereichen oder Verhaltensweisen sie zum Zeitpunkt der Nachbefragung Veränderungen gegenüber der Zeit vor der Therapie wahrnehmen und inwiefern sie dabei einen Einfluss der Therapie annehmen. In Bezug auf die absolvierte Therapie wurden sie zusätzlich um eine Einschätzung gebeten, wie sehr die für sie bedeutsamen Aspekte einer stationären Behandlung in der konkreten Therapie erfahrbar waren und welche Aspekte der Therapie ihnen tatsächlich geholfen haben.

Die Itembatterien, die den folgenden Ergebnissen zugrunde liegen, wurden vorgängig zur Datenerhebung neu erarbeitet. Grundlage dazu bildeten narrative Interviews mit acht Klienten und Klientinnen zweier FOS-Einrichtungen. Die interviewten Personen standen zum Zeitpunkt des Interviews am Anfang ihrer Therapie. Sie wurden nach ihren Erwartungen an die Therapie, den für sie wichtigen Erfahrungen in eine Therapie und nach den durch die Therapie erhofften

Veränderungen in ihrem Leben gefragt. Die Interviews wurden dann inhaltsanalytisch ausgewertet, basierend auf den Ergebnissen dieser Analyse wurden die Itembatterien zu den hier interessierenden Bereichen erstellt.

5.5.2.1. Wichtige Veränderungen 18 Monate nach der Therapie

Um wichtige Veränderungen zwischen der Zeit vor der Therapie und dem Zeitpunkt der Nachbefragung zu erfassen, wurden die Therapieabgänger zuerst um eine Einschätzung ihrer aktuellen Situation, d.h. der Situation 18 Monate nach Therapieaustritt, gebeten. In Bezug auf die einzelnen Items wurde dann nach der Stärke der erlebten Veränderungen und dem subjektiv wahrgenommenen Einfluss der Therapie gefragt. Schliesslich wurde der Einfluss der Therapie noch global beurteilt.

Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung

Wie die Befragten ihr Verhalten resp. verschiedene Bereiche ihres Lebens zum Zeitpunkt der Nachbefragung beurteilten, ist in Tabelle 142 (siehe folgende Seite) dargestellt.

Hinsichtlich der aktuellen Situation 18 Monate nach Therapieaustritt fällt auf, dass die meisten der (positiv formulierten) Items bei den Befragten eine grosse bis sehr grosse Zustimmung finden (Tabelle 142). Fast alle Befragten (98%) pflegen ihren Körper bewusst. Ein grosser Teil der Personen schätzt die eigene Fähigkeit, unabhängige Entscheidungen zu treffen und die eigenen Bedürfnisse zu äussern als gross ein (69% stimmt genau, 25% stimmt etwas). Ebenfalls die Mehrheit glaubt, sich offen auf andere einlassen zu können, um diese zu verstehen (65% stimmt genau, 31% stimmt etwas) und fühlt sich sicher resp. kann sich klar ausdrücken (64% stimmt genau, 32% stimmt etwas). Ebenso viele stellen sich ihrer Einschätzung nach den Problemen und suchen aktiv nach Lösungen.

Drei von fünf Personen sind mit ihrer Wohnsituation rundum zufrieden und haben einen guten Kontakt mit ihrer Familie. Bei je einem von zehn Befragten trifft jedoch beides überhaupt nicht zu.

Die grösste Unzufriedenheit besteht mit der Arbeitssituation: während jede zweite Person mit der eigenen Arbeitssituation zufrieden ist, ist es eine von fünf Personen überhaupt nicht und eine von zehn eher nicht.

Tabelle 142 Subjektive Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung

	Stimmt gar nicht %	Stimmt eher nicht %	Stimmt etwas %	Stimmt genau %
Ich pflege meinen Körper bewusst (n=179)	-	2	18	80
Ich kann unabhängig von anderen Entscheidungen treffen und meine Bedürfnisse äussern (n=179)	1	5	25	69
Ich lasse mich offen auf andere ein, um sie verstehen zu können (n=179)	1	3	31	65
Ich fühle mich sicher und kann mich klar ausdrücken (n=179)	-	4	32	64
Ich stelle mich Problemen und suche nach anderen Möglichk. (n=179)	-	5	31	64
Ich habe eine Wohnsituation, mit der ich zufrieden bin (n=179)	11	7	21	61
Ich habe guten Kontakt mit meiner Familie (n=178)	9	11	20	60
Ich kann an meine Gefühle herankommen und sie äussern (n=179)	1	4	36	59
Ich habe einen Freundeskreis aufbauen können, in dem ich mich wohl fühle (n=178)	6	12	28	54
Ich habe eine Arbeit, mit der ich zufrieden bin (n=179)	21	10	15	54
Ich kann planen und mir realistische Ziele setzen (n=179)	1	11	35	53
Es fällt mir leicht, ohne Drogen zu leben (n=178)	8	13	29	50
Ich gestalte meine Freizeit aktiv (n=178)	6	17	30	47
Ich kann Kritik äussern und auch Kritik entgegennehmen (n=179)	1	6	46	46
Ich reagiere gefasst in persönlichen Krisen (n=179)	2	18	38	42
Ich kann meinen Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen (n=179)	7	14	38	41

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die Frage beantwortet haben. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Mittels einer Faktorenanalyse, bei der sämtliche Items der Frage berücksichtigt wurden, konnten vier Faktoren eruiert werden (Tabelle 143).

Tabelle 143 Faktorenladungen zur Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung

<i>Faktor 1: Aktive Auseinandersetzung mit den Problemen und Aufgaben des täglichen Lebens</i>	
realistische Ziele setzen	.71731
unabhängige Entscheidungen treffen und Bedürfnisse äussern	.69375
sich Problemen stellen und neue Lösungen suchen	.62281
eigenen Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen	.58195
Kritik äussern und entgegennehmen	.54249
aktive Freizeitgestaltung	.53775
<i>Faktor 2: Gute strukturelle Integration</i>	
mit Arbeit zufrieden	.77763
mit Wohnsituation zufrieden	.71329
Freundeskreis vorhanden	.63747
leicht ohne Drogen leben können	.59259
<i>Faktor 3: Kontaktfähigkeit und Selbstsicherheit</i>	
sich offen auf andere einlassen	.77083
eigene Gefühle äussern	.65931
sich sicher fühlen und klar ausdrücken	.55007
<i>Faktor 4: Guter Kontakt zur Familie</i>	
guter Kontakt mit Familie	.84156

Die vier Faktoren, welche zusammen 51% der Varianz erklären, lassen sich wie folgt beschreiben:

- *Aktive Auseinandersetzung mit den Problemen und Aufgaben des täglichen Lebens (Faktor 1; n=178; Cronbachs alpha = .74)*: Für diesen Faktor zentral sind die eigenständige und aktive Auseinandersetzung mit den täglichen Aufgaben und Problemen: Entscheidungen werden selbständig getroffen, der eigene Bürokratismus kann ohne Probleme erledigt werden und die Freizeit wird aktiv selbst gestaltet. Wo Probleme auftreten, wird nach neuen Lösungen gesucht, Kritik wird entgegengenommen und, wo nötig, auch geäußert. Insgesamt sind die eigenen Ziele realistisch gesetzt.
- *Gute strukturelle Integration (Faktor 2; n=177; Cronbachs alpha = .71)*: Der zweite Faktor umschreibt eine gute strukturelle Integration: Wohn- und Arbeitssituation werden zufriedenstellend erlebt und es ist ein Freundeskreis vorhanden, in dem man sich wohl fühlt. Damit einher geht das Gefühl, gut ohne Drogen leben zu können.
- *Kontaktfähigkeit und Selbstsicherheit (Faktor 3; n=179; Cronbachs alpha = .55)*: Die Fähigkeit, sich offen auf andere einzulassen, geht einher mit derje-

nigen, die eigenen Gefühle wahrnehmen und äussern zu können und sich dabei sicher zu fühlen.

- *Guter Kontakt zur Familie (Faktor 4):* Der vierte Faktor schliesslich wird durch ein einziges Item abgebildet, nämlich den guten Kontakt zur Familie.

Stärke der Veränderung

Die nachbefragten Personen wurden gebeten, in Bezug auf die obengenannten Items zu beurteilen, wie stark sich das entsprechende Verhalten gegenüber der Zeit vor der Therapie ihrer Meinung nach verändert hat, sei dies in positiver oder negativer Richtung. Die Ergebnisse sind in Tabelle 144 dargestellt.

Tabelle 144 *Stärke der Veränderung*

	Stärke der Veränderung (%)						
	Stark negativ	Mittel negativ	Gering negativ	Keine	Gering positiv	Mittel positiv	Stark positiv
Ich kann an meine Gefühle herankommen und sie äussern (n=178)	-	1	1	11	8	28	51
Es fällt mir leicht, ohne Drogen zu leben (n=176)	-	1	1	12	4	11	71
Ich stelle mich den Problemen und suche andere Möglichkeiten (n=177)	-	-	1	18	10	25	46
Ich fühle mich sicher und kann mich klar ausdrücken (n=177)	-	1	2	24	13	29	31
Ich kann Kritik äussern und Kritik entgegennehmen (n=178)	1	-	-	23	11	26	39
Ich reagiere gefasst in persönlichen Krisen (n=177)	-	1	2	24	10	30	33
Ich kann unabhängig von anderen Entscheidungen treffen und meine Bedürfnisse äussern (n=178)	1	-	2	29	8	25	35
Ich kann planen und mir realistische Ziele setzen (n=178)	1	1	1	26	15	24	32
Ich lasse mich offen auf andere ein, um sie zu verstehen (n=177)	-	-	1	34	13	24	28
Ich gestalte meine Freizeit aktiv (n=177)	1	-	5	33	7	19	35
Ich habe einen Freundeskreis aufbauen können, in dem ich mich wohl fühle (n=177)	2	2	3	30	6	21	36
Ich kann den Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen (n=178)	-	1	2	37	9	21	30
Ich habe guten Kontakt mit meiner Familie (n=177)	1	1	2	38	15	13	30
Ich habe eine Wohnsituation, mit der ich zufrieden bin (n=177)	4	1	4	26	5	15	45
Ich pflege meinen Körper bewusst (n=178)	-	-	-	56	9	15	20
Ich habe eine Arbeit, mit der ich zufrieden bin (n=177)	3	3	4	35	4	11	40

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die Frage beantwortet haben. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Betrachtet man die selbst wahrgenommenen Veränderungen in den verschiedenen Verhaltensweisen und Lebensbereichen (Tabelle 144), springt zunächst ins Auge, dass nur von einem verschwindend kleinen Anteil der befragten Personen negative Veränderungen berichtet werden. Wo solche geäußert werden, betreffen sie am ehesten die Wohnsituation (9% gering bis stark negativ), die Arbeitssituation (10% gering bis stark negativ) sowie das Vorhandensein eines Freundeskreises, in dem man sich wohl fühlt (7% gering bis stark negativ).

In vielen potentiellen Problembereichen wurden von den Befragten *gar keine* Veränderungen (weder in negativer noch in positiver Richtung) festgestellt. Dies trifft je nach Item für bis die Hälfte der Befragten zu. So hat jede zweite Person ihren Körper bereits vor der Therapie bewusst gepflegt, und rund jede dritte Person war bereits vorher mit der Arbeitssituation zufrieden, hatte guten Kontakt mit der Familie, konnte den eigenen Bürokratismus selbständig erledigen und gestaltete die eigene Freizeit aktiv. Ebenfalls etwa jede dritte Person ging bereits früher offen auf andere ein, um sie zu verstehen.

Die Mehrheit der Befragten konstatiert jedoch in den meisten thematisierten Bereichen gering bis stark positive Veränderungen. Am stärksten verändert haben sich in der Wahrnehmung der Befragten die Fähigkeiten, ohne Drogen leben (71% stark positiv) und die eigenen Gefühle wahrnehmen sowie äussern zu können (51% stark positiv). Fast die Hälfte konstatiert starke Veränderungen in der eigenen Fähigkeit, sich den Problemen zu stellen und nach Lösungen zu suchen, weitere 35% geben diesbezüglich leicht bis mittel positive Veränderung an. Bei 45% der Befragten hat sich die Wohnsituation und bei 40% die Arbeitssituation stark positiv verändert.

Auch zur Frage nach der Stärke der erlebten Veränderungen wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, welche drei Faktoren ergab (Tabelle 145).

Tabelle 145 Faktorenladungen zur Stärke der Veränderungen

<i>Faktor 1: Selbstreflexion und Abgrenzung</i>	
Kritik äussern und entgegennehmen	.75064
unabhängige Entscheidungen treffen und Bedürfnisse äussern	.71950
sich sicher fühlen und klar ausdrücken	.65467
eigene Gefühle äussern	.62699
sich offen auf andere einlassen	.61721
sich Problemen stellen und neue Lösungen suchen	.61694
in persönlichen Krisen gefasst reagieren	.60997
<i>Faktor 2: Alltagsbewältigung und Zufriedenheit mit Lebenssituation</i>	
aktive Freizeitgestaltung	.71044
mit Arbeit zufrieden	.67739
mit Wohnsituation zufrieden	.67715
Freundeskreis vorhanden	.62291
leicht ohne Drogen leben können	.59140
eigenen Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen	.53375
<i>Faktor 3: Bewusster Umgang mit eigenem Körper und gute Familienbeziehung</i>	
den Körper bewusst pflegen	.84576
guter Kontakt mit Familie	.54566

Die drei eruierten Faktoren lassen sich wie folgt beschreiben:

- *Selbstreflexion und Abgrenzung (Faktor 1; n=177; Cronbachs alpha = .82)*: Auf diesem Faktor laden verschiedene Items, welche zum einen die Fähigkeit, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und klar zu äussern, zum andern aber auch die Fähigkeit sich abzugrenzen beinhaltet. Die Auseinandersetzung mit Problemen und Kritik geht damit ebenso einher wie der Umstand, dass in Krisen nicht einfach überstürzt, sondern gefasst reagiert wird.
- *Alltagsbewältigung und Zufriedenheit mit Lebenssituation (Faktor 2; n=172; Cronbachs alpha = .76)*: Durch diesen zweiten Faktor wird eine Dimension beschrieben, welche verschiedene Aspekte der strukturellen Integration und der Bewältigung des Alltags beinhaltet. Die Zufriedenheit mit der Wohn- und der Arbeitssituation sowie mit dem Freundeskreis geht mit einer aktiven Gestaltung der Freizeit und dem problemlosen Erledigen des eigenen Bürokratismus einher. Damit verbunden ist das Gefühl, leichter ohne Drogen auskommen zu können.
- *Bewusster Umgang mit dem eigenen Körper und gute Familienbeziehung (Faktor 3; n=177; Cronbachs alpha = .44)*: Der dritte Faktor vereint den be-

wussten Umgang mit sich selbst und gute Beziehungen mit der eigenen Familie. Diese Scale weist allerdings nur eine schwache interne Konsistenz auf (die „Item-Total-Korrelation“ beträgt je .28).

Insgesamt erklären die drei Faktoren 50% der Varianz.

Einfluss der Therapie

Inwiefern werden die konstatierten Veränderungen nun der Therapie zugeschrieben? In Tabelle 146 ist – bezogen auf alle Personen, die jeweils eine *positive* Veränderung angegeben haben – dargestellt, wie häufig von den Befragten selbst ein Einfluss der Therapie angenommen wird. Zu diesem Zweck wurden die Antwortkategorien „gering positiv“, „mittel positiv“ und „stark positiv“ zusammengefasst. Auf eine analoge Darstellung bezogen auf negative Veränderungen wird angesichts der geringen Antworthäufigkeiten verzichtet. Auch die Ergebnisse bezüglich „keine Veränderungen“ werden nicht tabellarisch aufgeführt, da hier der Therapie zumeist kein Einfluss attribuiert wurde.

Tabelle 146 Einfluss der Therapie bezüglich positiver Veränderungen

	Einfluss der Therapie ja (%)
Ich kann an meine Gefühle herankommen und sie äussern (n=154)	86
Ich stelle mich den Problemen und suche nach anderen Möglichkeiten (n=143)	86
Ich fühle mich sicher und kann mich klar ausdrücken (n=128)	86
Ich kann Kritik äussern und selber auch Kritik entgegennehmen (n=135)	85
Es fällt mir leicht, ohne Drogen zu leben (n=148)	85
Ich reagiere gefasst in persönlichen Krisen (n=127)	83
Ich kann unabhängig Entscheidungen treffen und meine Bedürfnisse äussern (n=120)	79
Ich lasse mich offen auf andere ein, um sie verstehen zu können (n=112)	76
Ich kann planen und mir realistische Ziele setzen (n=123)	72
Ich gestalte meine Freizeit aktiv (n=105)	72
Ich habe einen Freundeskreis aufbauen können, in dem ich mich wohl fühle (n=109)	64
Ich kann meinen Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen (n=106)	64
Ich habe guten Kontakt mit meiner Familie (n=99)	62
Ich pflege meinen Körper bewusst (n=77)	52
Ich habe eine Wohnsituation, mit der ich zufrieden bin (n=114)	39
Ich habe eine Arbeit, mit der ich zufrieden bin (n=95)	37

Das angegebene n bezieht sich auf jene Personen, welche jeweils eine positive Veränderung konstatiert haben.

Ein Einfluss der Therapie bezüglich positiver Veränderungen wird in erster Linie hinsichtlich der selbstreflexiven und zwischenmenschlichen Fähigkeiten geortet:

die Therapie hat dem subjektiven Ermessen nach dazu beigetragen, mit den eigenen Gefühlen besser umgehen zu können, sich den eigenen Problemen zu stellen und sich klar auszudrücken (je 86%). Ausserdem hat sie in hohem Masse dazu beigetragen, Kritik äussern und auch annehmen zu können sowie leichter ohne Drogen leben zu können (je 85%), sowie in persönlichen Krisen gefasst zu reagieren (83%). Gering wird hingegen der Einfluss der Therapie auf positive Veränderungen im Bereich der Wohn- und Arbeitssituation eingeschätzt (39% resp. 37%).

Globalbeurteilung des Therapieeinflusses

In der folgenden Tabelle 147 ist ersichtlich, wie der globale Einfluss der Therapie von den Befragten gesehen wird.

Tabelle 147 Einfluss der Therapie insgesamt auf erlebte Veränderungen

	Anteil an den nachbe- fragten Personen (n=189, md=6) in %
Stark positiv	46
Mittel positiv	28
Gering positiv	13
Kein Einfluss	6
Gering negativ	3
Mittel negativ	1
Stark negativ	3

Es zeigt sich in Tabelle 147, dass der Therapie von rund drei Viertel der nachbe-fragten Therapieabgänger ein mittel bis stark positiver Einfluss zugemessen wird (28% resp. 46%). 13% sprechen der absolvierten Therapie einen gering positiven und 6% gar keinen Einfluss auf die erlebten Veränderungen zu, 7% nehmen gar einen negativen Einfluss an.

5.5.2.2. Therapiebeurteilung

Hinsichtlich der Therapiebeurteilung interessiert, inwiefern spezifische Erfahrungen für das Therapieerleben wichtig waren. Diesbezüglich wurde zunächst gefragt, welche Erfahrungen für die Betroffenen in einer Therapie *grundsätzlich* von Bedeutung sind (Tabelle 148).

Persönliche Bedeutung verschiedener Therapieerfahrungen

In Tabelle 148 ist dargestellt, welche Bedeutung den möglichen Therapieerfahrungen individuell zugemessen wird – unabhängig davon, ob die Erfahrungen konkret möglich waren oder nicht.

Tabelle 148 Persönliche Bedeutung verschiedener Therapieerfahrungen

	völlig unwichtig %	eher unwichtig %	eher wichtig %	sehr wichtig %
Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen (n=180)	7	8	11	74
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinander zu setzen (n=179)	6	12	21	61
mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen (n=180)	6	14	28	52
Durch die Therapie aufgezeigt erhalten, was Sucht beinhaltet (n=179)	12	17	19	52
Ruhe haben, um mich mit mir selber auseinander zu setzen und zu mir zu finden (n=178)	6	20	24	50
In einer Gemeinschaft leben können, mich in ihr zurechtfinden (n=180)	12	16	23	49
Lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen (n=178)	10	21	22	47
Lernen mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen (n=180)	25	33	22	20

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die Frage beantwortet haben. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Von den potentiellen Therapieerfahrungen wird der Distanz zum vorherigen drogenbestimmten Leben am meisten Bedeutung zugemessen. 74% der Befragten erachten diese Erfahrung als sehr wichtig, weitere 11% als eher wichtig. Auch Anstösse, sich mit den eigenen Problemen auseinander zu setzen, sind für die befragten Personen grundsätzlich bedeutsam, ebenso die Möglichkeit zu lernen, sich Ziele zu setzen (je vier von fünf Personen erachten dies als eher wichtig bis sehr wichtig).

Während auch dem Zurechtfinden in der Gemeinschaft sowie dem Lernen, mit Aufgaben und Anforderungen zurechtzukommen, ein hoher Stellenwert eingeräumt wird (ca. jede zweite Person erachtet dies als sehr wichtig), wird das Erlernen des Umgangs mit Regeln und Strukturen mehrheitlich als (eher) unwichtig erachtet.

In der Faktorenanalyse zu dieser Frage ergaben sich zwei Faktoren, welche zusammen 57% der Varianz erklären (Tabelle 149):

Tabelle 149 Faktorenladungen zur Bedeutung von Therapieerfahrungen

<i>Faktor 1: „Anpassung“</i>	
in einer Gemeinschaft leben, mich in ihr zurechtfinden	.86175
lernen, mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen	.73141
lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen	.66516
<i>Faktor 2: Distanz und Reflexion</i>	
Ruhe haben, um ich mit mir selber auseinander zu setzen und zu mir zu finden	.74394
Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen	.70418
mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen	.63675
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinander zu setzen	.53451

Die zwei Faktoren lassen sich wie folgt beschreiben:

- „Anpassung“ (Faktor 1; $n=178$; Cronbachs $\alpha = .73$): Faktor eins vereint verschiedene Aspekte von Anpassung, wie den Umgang mit Regeln und Strukturen sowie mit Anforderungen und Aufgaben, aber auch das Sich-Zurechtfinden in der Gemeinschaft.
- Distanz und Reflexion (Faktor 2; $n=177$; Cronbachs $\alpha = .68$): Die zweite Dimension umschreibt die Fähigkeit der Selbstreflexion, welche unter Bedingungen von Ruhe und Distanz zum bisherigen Leben erfolgt. Damit geht auch die Fähigkeit einher, sich wieder Ziele zu setzen.

Wie stark die einzelnen Erfahrungen in der konkreten Therapie nach Einschätzung der Befragten möglich waren, wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

Erfahrungen in der Therapie

In einem weiteren Schritt wurden die Therapieabsolventen gefragt, wie sehr es in der konkret absolvierten Therapie möglich war, die für sie bedeutsamen Erfahrungen zu machen (Tabelle 150). Der allfällige Aufenthalt in der hauseigenen Aussenwohngruppe nach der stationären Therapiephase wurde separat beurteilt (siehe separater Abschnitt).

Tabelle 150 Erfahrungen in der Therapie (I)

	Gar nicht möglich %	Eher un- möglich %	Etwas möglich %	Sehr gut möglich %
Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen (n=179)	2	4	19	75
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinander zu setzen (n=179)	3	6	21	70
In einer Gemeinschaft leben können, mich in ihr zurechtfinden (n=178)	2	7	21	70
Lernen mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen (n=179)	2	6	24	68
Lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen (n=177)	4	6	24	66
mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen (n=178)	3	8	24	65
Durch die Therapie aufgezeigt erhalten, was Sucht beinhaltet (n=179)	5	9	23	63
Ruhe haben, um mich mit mir selber auseinander zu setzen und zu mir zu finden (n=180)	6	21	37	36

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die Frage beantwortet haben. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Betrachtet man, welche der potentiellen Therapieerfahrungen konkret möglich waren (Tabelle 150), zeigt sich bezogen auf den Therapieaufenthalt (stationäre Phase ohne AWG-Aufenthalt) ein sehr positives Bild. Die meisten der grundsätzlich als wichtig beurteilten Erfahrungen (vgl. Tabelle 148) waren offenbar in der Therapie tatsächlich möglich. An erster Stelle rangiert dabei die Distanz zum vorherigen drogenbestimmten Leben (75% sehr gut möglich, 19% etwas möglich). Es folgen an zweiter Stelle die Items „Anstösse zur Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen“ sowie „in einer Gemeinschaft leben können und sich darin zurechtfinden“ (je 70% sehr gut möglich und 21% etwas möglich). Auch die übrigen erfragten Erfahrungen schienen in der Therapie gut möglich gewesen zu sein. Am wenigsten realisierbar war es, die gewünschte Ruhe zur Auseinandersetzung mit sich selbst zu finden: 27% der Befragten geben an, dass sie diese Ruhe gar nicht oder eher nicht finden konnten.

Auch die Items zu Erfahrungen in der Therapie (I) wurden mittels einer Faktorenanalyse gruppiert, wobei sich zwei Faktoren herauskristallisiert haben, welche zusammen 59% der Varianz erklären (Tabelle 151).

Tabelle 151 Faktorenladungen zu den Erfahrungen in der Therapie (I)

<i>Faktor 1: „Anpassung“</i>	
lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen	.78934
lernen, mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen	.77877
in einer Gemeinschaft leben, mich in ihr zurechtfinden	.69259
<i>Faktor 2: Reflexion</i>	
Ruhe haben, um ich mit mir selber auseinander zu setzen und zu mir zu finden	.85979
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinander zu setzen	.63705
durch die Therapie aufgezeigt erhalten, was Sucht beinhaltet	.60474

Die beiden Faktoren charakterisieren sich wie folgt:

- „Anpassung“ (Faktor 1; $n=175$; Cronbachs $\alpha = .72$): Wie bereits in der Faktorenanalyse zur Frage nach der *potentiellen* Bedeutung der unterschiedlichen Therapieerfahrungen, bilden auch hinsichtlich der *tatsächlichen* Erfahrung in der Therapie die Items „lernen mit Anforderungen zurechtzukommen“, „lernen mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen“ und „lernen sich in einer Gemeinschaft zurechtzufinden“ eine Dimension, die sich mit der Bezeichnung „Anpassung“ beschreiben lässt.
- Reflexion (Faktor 2; $n=178$; Cronbachs $\alpha = .66$): Faktor zwei lässt sich mit „Reflexion“ bezeichnen, insofern hier die Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Problemen – darunter auch mit dem Thema Sucht – im Vordergrund steht.

In einem weiteren Schritt wurden die nachbefragten Personen um eine Beurteilung verschiedener Angebotskomponenten und Erfahrungen, welche die konkrete Therapieeinrichtung charakterisieren, gebeten. Im Zentrum steht somit eine kritische Beurteilung der Therapieeinrichtung. Die Ergebnisse sind in Tabelle 152 dargestellt. Auch hier wurde der AWG-Aufenthalt separat eingeschätzt (siehe separaten Abschnitt).

Tabelle 152 Erfahrungen in der Therapie (II)

	Trifft gar nicht zu %	Trifft eher nicht zu %	Trifft etwas zu %	Trifft vollstän- dig zu %
Regeln wurden konsequent angewendet (n=180)	4	12	24	60
Einzelgespräche mit Betreuungsperson halfen mir weiterzukommen (n=180)	11	9	28	52
es wurde ausreichend auf meine Person geachtet (n=178)	7	13	32	48
ich konnte eigene Vorschläge einbringen (n=179)	6	16	31	47
Gespräche in der Gruppe halfen mir weiterzukommen (n=179)	10	17	35	38
es gab zu viele Regeln, die für mich nicht einsichtig waren (n=180)	10	16	38	36
man vertraute uns (n=179)	9	21	34	36
Regeln halfen mir weiterzukommen (n=178)	15	19	41	25
Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot half mir weiterzukommen (n=178)	32	24	22	22
keine Gelegenheit, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen (n=179)	42	26	10	22
Schul- oder Lernangebot half mir weiterzukommen (n=178)	40	24	16	20

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die Frage beantwortet haben. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Es zeigt sich, dass die Beurteilungen zu Aspekten des stationären Aufenthaltes (Erfahrungen II) deutlich stärker streuen als dies bei den oben erfragten Erfahrungen (I) der Fall war (Tabelle 152). Als zutreffend erachtet wird von einem Grossteil der Befragten eine konsequente Regelanwendung (60% trifft vollständig zu, 24% trifft etwas zu). Vier von fünf Therapieabgängern erachten die Einzelgespräche in der Therapie als hilfreich und ebenso viele berichten, dass ausreichend auf ihre Person geachtet wurde. Des weiteren konnte eine Mehrheit der Befragten eigene Vorschläge in die Therapie einbringen, aus den Gruppengesprächen Nutzen ziehen und Vertrauen erfahren. Auch wenn drei von fünf Personen von den herrschenden Regeln zumindest ein wenig profitieren konnten, haben drei von vier Personen den Eindruck, dass es zu viele Regeln gab, die nicht einsichtig waren.

Die Mehrheit der Befragten glaubt, dass das Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot ebenso wie das Schul- oder Lernangebot der Therapieeinrichtung kaum etwas oder gar nichts zu ihrem „Weiterkommen“ beigetragen haben (56% beim Arbeitsangebot resp. 64% beim Schulangebot). Gar 68% der Befragten erachten es als unzutreffend, dass sie während der Therapie keine Gelegenheit hatten, mit Drogen in Kontakt zu kommen.

Auch in Bezug auf die Therapiebeurteilung (Erfahrungen II) wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Folgende drei Faktoren, welche 52% der Varianz erklären, wurden gebildet (Tabelle 153):

Tabelle 153 Faktorenladungen zu Erfahrungen in der Therapie (II)

<i>Faktor 1: Vertrauensvolle Atmosphäre und hilfreiche Gespräche</i>	
man vertraute uns	.75549
ich konnte eigene Vorschläge einbringen	.67120
es wurde ausreichend auf meine Person geachtet	.66448
Einzelgespräche halfen weiterzukommen	.54184
Es gab zu viele Regeln, die uneinsichtig waren	-.49004
Gespräche in der Gruppe halfen weiterzukommen	.45954
<i>Faktor 2: Strukturierung, auch durch Bildungs- und Beschäftigungsangebot</i>	
Schul- oder Lernangebot half weiterzukommen	.84306
Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot half weiterzukommen	.80937
Regeln halfen weiterzukommen	.56168
<i>Faktor 3: Fern von Drogen bei konsequenter Regelanwendung</i>	
Regeln wurden konsequent angewendet	.77219
Keine Gelegenheit, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen	.73095

Die drei Faktoren lassen sich wie folgt beschreiben:

- *Vertrauensvolle Atmosphäre und hilfreiche Gespräche (Faktor 1; n=175; Cronbachs alpha = .68)*: Für die mit Faktor eins erfasste Dimension sind das in der Therapie erfahrene Vertrauen und die Achtung, die der eigenen Person entgegengebracht wurde, zentral. Eigene Vorschläge konnten in dieser Atmosphäre in die Therapie eingebracht werden, und sowohl von den Einzel- als auch von den Gruppengesprächen wurde profitiert. Mit diesen Items ist die Aussage, dass es zu viele uneinsichtige Regeln gegeben habe, negativ korreliert.
- *Strukturierung auch durch Bildungs- und Beschäftigungsangebot (Faktor 2; n=175; Cronbachs alpha = .66)*: Der zweite Faktor vereint Items auf sich, die allesamt eine gewisse strukturierende Wirkung beinhalten. Diese positiv erfahrene Strukturierung kann sowohl via Schul- oder Lernangebot als auch via Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot erfolgen. Sie kann aber auch aus den vorherrschenden Regeln abgeleitet werden.
- *Fern von Drogen bei konsequenter Regelanwendung (Faktor 3; n=179; Cronbachs alpha = .41)*: Die konsequente Anwendung der Regeln in der Institution geht damit einher, dass wenig Gelegenheit besteht, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen.

Erfahrungen in der Aussenwohngruppe

In diesem letzten Abschnitt wird für alle Personen, welche den Aufenthalt in der Aussenwohngruppe getrennt vom stationären Therapieaufenthalt beurteilt haben, separat auf die Erfahrungen während des AWG-Aufenthaltes eingegangen. In den folgenden Tabellen 154 und 155 sind die Häufigkeiten der jeweiligen Antworten zusammengestellt. Angesichts der geringen Stichprobengrösse – weniger als die Hälfte der nachbefragten Personen haben den AWG-Aufenthalt separat beurteilt – wurden hier keine Faktorenanalysen gerechnet.

Tabelle 154 Erfahrungen in der Aussenwohngruppe (I)

	Gar nicht möglich %	Eher unmöglich %	Etwas möglich %	Sehr gut möglich %
Lernen mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen (n=79)	-	12	22	66
In einer Gemeinschaft leben können, mich in ihr zurechtfinden (n=80)	1	11	24	64
mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen (n=79)	2	4	33	61
Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen (n=80)	4	10	26	60
Lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen (n=78)	1	9	30	60
Ruhe haben, um mich mit mir selber auseinander zu setzen und zu mir zu finden (n=79)	4	13	35	48
Durch die Therapie aufgezeigt erhalten, was Sucht beinhaltet (n=80)	6	11	36	47
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinander zu setzen (n=78)	3	11	41	45

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, für welche die Frage relevant war. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Betrachtet man die Beurteilung der tatsächlichen Erfahrungen während des AWG-Aufenthaltes, zeigt sich eine überwiegend positive Beurteilung bei allen Items (Tabelle 154). Am ehesten vermisst wird die Ruhe zur Auseinandersetzung mit sich selbst sowie die Hilfe zum Verständnis von Sucht (je 17% gar nicht oder eher nicht möglich).

Die Einschätzung wichtiger Aspekte des AWG-Aufenthaltes (Erfahrungen II) ist in der nächsten Tabelle (Tabelle 155) dargestellt.

Tabelle 155 Erfahrungen in der Aussenwohngruppe (II)

	Trifft gar nicht zu %	Trifft eher nicht zu %	Trifft etwas zu %	Trifft vollstän- dig zu %
ich konnte eigene Vorschläge einbringen (n=80)	4	13	22	61
man vertraute uns (n=80)	5	5	39	51
Einzelgespräche mit Betreuungsperson halfen mir weiterzukommen (n=80)	15	11	30	44
Regeln wurden konsequent angewendet (n=82)	6	27	27	40
es wurde ausreichend auf meine Person geachtet (n=78)	9	13	43	35
Gespräche in der Gruppe halfen mir weiterzukommen (n=80)	18	22	28	32
Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot half mir weiterzukommen (n=81)	32	20	23	25
Regeln halfen mir weiterzukommen (n=82)	13	26	43	18
Schul- oder Lernangebot half mir weiterzukommen (n=79)	48	21	13	18
es gab zu viele Regeln, die für mich nicht einsichtig waren (n=82)	24	27	34	15
keine Gelegenheit, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen (n=81)	65	15	15	5

Das angegebene n bezieht sich jeweils auf die Personen, für welche die Frage relevant war. Die Differenz zu 189 sind fehlende Angaben. Differenzen zwischen den angegebenen n's rühren daher, dass nicht jede Person alle Fragen beantworten konnte.

Was die Beurteilung der einzelnen Aspekte anbelangt (Tabelle 155), wird von denjenigen Personen, welche den AWG-Aufenthalt separat beurteilt haben, insbesondere eine vertrauensvolle Atmosphäre hervorgehoben: die antwortenden Personen erachten es grossmehrheitlich als zutreffend, dass ihnen vertraut wurde, sie eigene Vorschläge einbringen konnten und ausreichend auf ihre Person geachtet wurde. Ausserdem wird mehrheitlich angegeben, von den Einzel- und den Gruppengesprächen profitiert zu haben, und die Regelanwendung in der AWG wurde von einer Mehrheit als konsequent erlebt. Über die Hälfte der Personen erachten hingegen das Schul- und Lernangebot, aber auch das Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot als wenig hilfreich für ihr Weiterkommen. Zudem erachtet die Mehrheit die Aussage als unzutreffend, dass der AWG-Aufenthalt davor bewahrt habe, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen.

5.5.2.3. Fazit

Auch hinsichtlich der Bewertung der Lebensverhältnisse und der Befindlichkeit in der Zeit nach dem Austritt aus einer Behandlung, sowie in Bezug auf den selbst wahrgenommenen Nutzen der Therapie und die rückwirkende Institutionsbeurteilung interessiert die subjektive Perspektive der Betroffenen. Aus entsprechenden Untersuchungen geht hervor, dass der stationären Therapie ein bedeutsamer Stellenwert auf dem Weg zu einem drogenfreien Leben zukommt. Ein wesentlicher Beitrag der Therapie wird in früheren Untersuchungen darin

gesehen, dass sie zur Gewinnung von persönlicher und sozialer Kompetenz beiträgt und die Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen fördert. Gleichzeitig wird aber auch Kritik an gewissen Aspekten laut (zu starre Regeln, mangelnde Mitsprachemöglichkeiten oder unzureichender Realitätsbezug).

Die vorliegenden Ergebnisse zur *Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung* ergeben vier hauptsächliche Dimensionen, auf die sich die Beurteilung bezieht: 1) die aktive Auseinandersetzung mit den Problemen und Aufgaben des täglichen Lebens, 2) eine gute strukturelle Integration, 3) Kontaktfähigkeit und Selbstsicherheit und 4) den guten Kontakt zur eigenen Familie. Insgesamt zeigt sich eine weitgehend positive Einschätzung der verschiedenen Aspekte. Die grösste Zustimmung finden Aussagen, die sich auf der dritten Dimension ansiedeln. Die Fähigkeiten, sich offen auf andere einzulassen, sich sicher zu fühlen und klar auszudrücken sowie die eigenen Gefühle zu äussern, werden mehrheitlich als sehr gut eingeschätzt. Dasselbe gilt auch für Items der ersten Dimension, insbesondere für die Fähigkeiten, die eigenen Bedürfnisse zu äussern, unabhängig zu entscheiden und sich Problemen zu stellen. Etwas gemischter fällt die Zufriedenheit mit der Wohn- und Arbeitssituation sowie mit den Beziehungen zur eigenen Familie aus (Dimensionen zwei und vier). Zwar sind drei von fünf Personen mit ihrer Wohnsituation rundum zufrieden, jede zehnte ist dies aber überhaupt nicht. Dasselbe gilt für einen guten Kontakt zur eigenen Familie. Die grösste Unzufriedenheit besteht mit der Arbeitssituation: diesbezüglich ist eine von fünf Personen gänzlich und eine von zehn eher unzufrieden, während jede zweite Person völlig zufrieden ist.

Was die *Stärke der Veränderungen anbelangt*, können die Items hierzu wiederum verschiedenen Dimensionen zugeordnet werden. Eine erste Dimension kann mit „Selbstreflexion und Abgrenzung“ umschrieben werden, eine zweite mit „Alltagsbewältigung und Zufriedenheit“ und die dritte vereint die beiden Aspekte „bewusster Umgang mit dem Körper und gute Familienbeziehungen“. Insgesamt wird kaum über negative Veränderungen berichtet. Wo dies doch der Fall ist, betrifft dies am ehesten Items der zweiten Dimension, nämlich die Zufriedenheit mit der Arbeit und mit der Wohnsituation. Gar keine Veränderungen werden in unterschiedlichem Ausmass, jedoch am deutlichsten für die Items der dritten Dimension angegeben (bewusste Körperpflege, guter Kontakt zur Familie). Zudem war jede dritte Person bereits vor der Therapie mit ihrer Arbeit zufrieden. Zumeist werden jedoch von einer Mehrheit positive Veränderungen konstatiert, am stärksten hinsichtlich der Fähigkeit ohne Drogen zu leben und hinsichtlich der Items der Dimension „Selbstreflexion und Abgrenzung“ (eigene Gefühle ausdrücken, sich Problemen stellen u.a.). Immerhin zwei von fünf Personen konstatieren aber auch eine stark positive Veränderung ihrer Arbeits- und ihrer Wohnsituation.

Ein *Einfluss der Therapie* auf die positiven Veränderungen wird am häufigsten bezüglich der selbstreflexiven und zwischenmenschlichen Fähigkeiten geortet (Umgang mit eigenen Gefühlen, sich Problemen stellen, sich klar ausdrücken, Kritik äussern und akzeptieren). Deutlich geringer wird er bezüglich positiver Veränderungen in den Bereichen Wohnen und Arbeit eingeschätzt. Die *Globalbeurteilung* der Therapie fällt grossmehrheitlich positiv aus. Ein sehr geringer Anteil der Befragten spricht der Therapie keinen Einfluss auf die wahrgenommenen Veränderungen oder gar einen negativen Einfluss zu.

Was die *persönliche Bedeutung potentieller Therapieerfahrungen* anbelangt, wird insbesondere die Distanz zum vorherigen drogenbestimmten Leben als zentral erachtet, gefolgt von Anstössen zur Auseinandersetzung mit sich selbst. Damit kommt der Dimension „Distanz und Reflexion“ eine stärkere Bedeutung zu als der Dimension „Anpassung“.

Die *Beurteilung der tatsächlichen Erfahrungen während des stationären Therapieaufenthaltes* erfolgt wiederum entlang zweier Dimensionen: 1) „Anpassung“ und 2) „Reflexion“. Sie fällt für beide Dimensionen weitgehend positiv aus, einzig die zur Auseinandersetzung mit sich selbst gewünschte Ruhe wird in einem deutlichen Ausmass (von etwa jeder vierten Person) als gar nicht oder eher nicht möglich erachtet.

Die subjektive *Einschätzung verschiedener Angebotskomponenten* sowie weiterer *Aspekte des Therapieaufenthaltes* hinsichtlich ihres Nutzens ergab drei hauptsächliche Dimensionen: 1) vertrauensvolle Atmosphäre und hilfreiche Gespräche, 2) Strukturierung (auch durch Bildungs- und Beschäftigungsangebot) und 3) Distanz zu Drogen bei konsequenter Regelanwendung. Insbesondere die erste Dimension umfasst verschiedene Items, die hohe Zustimmung auf sich vereinen. Eine Mehrheit der Befragten hat in der Therapieeinrichtung eine vertrauensvolle Atmosphäre vorgefunden, in der ausreichend auf das Individuum geachtet wurde und eigene Vorschläge eingebracht werden konnten. Einzel- und Gruppengespräche wurden von vier Fünfteln resp. drei Vierteln der Befragten als hilfreich erlebt. Die höchste Zustimmung betrifft die konsequente Anwendung der Regeln in der Einrichtung (Dimension drei). Das (Aus-)Bildungs- und das Arbeits-/ Berufsorientierungsangebot wird dagegen von einer Mehrheit als für das eigene Weiterkommen wenig oder überhaupt nicht hilfreich empfunden. Eine gewisse Ambivalenz zeigt sich hinsichtlich der in der Therapie geltenden Regeln, indem diese zwar von einem beträchtlichen Teil der Befragten als hilfreich erachtet werden, zugleich aber der Eindruck vorherrscht, es habe zu viele uneinsichtige Regeln gegeben. Am stärksten widersprochen wird der Behauptung, die Therapie schütze davor mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen (zwei von drei Personen).

Die separate *Beurteilung der Erfahrungen während des AWG-Aufenthaltes*, die nur von einem Teil der nachbefragten Personen vorgenommen wurde, fällt weitgehend ähnlich aus wie diejenige des stationären Aufenthaltes.

Diese Ergebnisse stimmen zumindest in Teilen sehr gut überein mit Befunden aus anderen Studien. Insbesondere werden Ergebnisse bestätigt, wonach positive Veränderungen vor allem im Bereich persönlicher und zwischenmenschlicher Kompetenzen resp. in der Fähigkeit, sich mit sich selbst und andern auseinander zu setzen, wahrgenommen werden. Auch die Kritik an bestimmten Aspekten des Therapieaufenthaltes deckt sich mit Befunden aus anderen Studien, so vor allem hinsichtlich starrer, unverständlicher Regeln. Dies gilt jedoch nicht für die Kritik an einem allzu harten Umgangsstil und mangelnder Mitsprache, welche in früheren Untersuchungen festgestellt worden waren.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie ist es, basierend auf aktuellen Daten weitere Erkenntnisse zu den Grenzen und Möglichkeit der Reintegration von Drogenabhängigen nach einem Therapieaufenthalt zu gewinnen. Untersucht werden Rehabilitationsverläufe ehemaliger Therapieabgänger nach einer stationären abstinenzorientierten Therapie. Auf den Ergebnissen basierend sollen Empfehlungen für die Praxis und die weitere Forschungstätigkeit formuliert werden.

Die Rehabilitation Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie kann als Entwicklungsprozess verstanden werden, in welchem in verschiedenen Lebensbereichen sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen auftreten können. Dies betrifft Aspekte der sozialen Integration ebenso wie die Muster des Drogengebrauchs. In der vorliegenden Studie wird zunächst danach gefragt, inwiefern es den Betroffenen während der Rehabilitationsphase gelungen ist, sich innerhalb konventioneller gesellschaftlicher Strukturen zu verankern. Betrachtet werden die Wohnsituation, die Integration in den Arbeitsmarkt und die finanziellen Abhängigkeiten. Des weiteren interessiert, inwiefern sie sich von der Drogenszene haben distanzieren können und ob sie erneute Kontakte mit dem Justiz- und Polizeiapparat aufweisen, gemessen an Verurteilungen im Nachbefragungszeitraum. Ein wichtiger Aspekt der Integration nach einer stationären Therapie liegt darin, ob erneut harte illegale Drogen gebraucht wurden oder der Konsum ganz oder zumindest zeitweise aufgegeben werden konnte.

Theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse zu den Drogen- und Rehabilitationslaufbahnen von Drogengebrauchenden weisen auf ein komplexes Zusammenwirken von individuellen und sozialen Faktoren hin, welche das Ergebnis des Rehabilitationsprozesses beeinflussen. Der Fokus richtet sich in der vorliegenden Studie auf die soziodemographischen Merkmale Alter und Geschlecht sowie auf den soziokulturellen Hintergrund der befragten Personen. Zudem interessiert der Zusammenhang zwischen Merkmalen des Therapieaufenthaltes und der Rehabilitation. Ergänzend wird die subjektive Perspektive der Betroffenen zum Verlauf der Rehabilitation erhoben, indem nach Erfolgs- und Misserfolgsbegründungen gefragt wird und sowohl der Therapieerfolg als auch die Therapie von den Befragten rückblickend beurteilt werden.

Im Rahmen einer breit gefassten Deskription, wie sie hier realisiert wurde, ergeben sich nicht nur Antworten auf die gestellten Fragen, sondern auch neue Fragen. Diese werden in die folgende Diskussion einbezogen.

6.1. Untersuchungsbasis

Die Untersuchungspopulation in der vorliegenden Studie besteht aus allen im Jahr 1997 aus einer der 28 teilnehmenden, stationären abstinenten orientierten Therapieeinrichtungen ausgetretenen Klienten und Klientinnen. Sie umfasst 404 nachzubefragende Personen, wobei sowohl regulär als auch irregulär ausgetretene Klienten berücksichtigt sind. Zu all diesen Personen liegen Eintritts- und Austrittsdaten aus der FOS-Basisdokumentation vor.

Von den 404 Personen konnten 189 achtzehn Monate nach dem Therapieaustritt mittels standardisiertem Fragebogen erneut befragt werden. 18 Personen waren in der Zwischenzeit verstorben, die übrigen konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht interviewt werden. So waren 7 Personen verweist oder ausgewandert, 18 hatten das Interview aktiv verweigert, 114 verweigerten „passiv“. 58 Personen waren unauffindbar. Die Erreichungsquote von knapp fünfzig Prozent ist im Vergleich zu früheren FOS-Nachbefragungen eher tief ausgefallen, wofür verschiedene Gründe – so die verstärkte Anwendung der Datenschutzbestimmungen und eine gewisse „Überforschung“ der Zielgruppe – vermutet werden.

Angeichts der Erreichungsquote von knapp fünfzig Prozent wurde der Frage nach selektionsbedingten Unterschieden zwischen den nachbefragten und den nicht nachbefragten Personen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. So wurde die Eintrittssituation aller für die Nachbefragung vorgesehenen Personen ausführlich analysiert, um darauf basierend Selektionseffekte in der erreichten Stichprobe zu eruieren (Kapitel 5.2). Es konnten dabei folgende signifikante Unterschiede gefunden werden:

- Freiwillig in die Therapie eingetretene, länger in der Therapie verbliebene und regulär ausgetretene Personen sind in der Stichprobe der nachbefragten Personen übervertreten. Personen mit einem irregulären Therapieabschluss und solche, die kürzere Zeit (weniger als sechs bzw. weniger als neun Monate) in Therapie geblieben sind, sind untervertreten.
- Personen schweizerischer Nationalität sind unter den für ein Nachbefragungsinterview erreichten Personen im Vergleich zu Personen ausländischer Herkunft übervertreten.

Im übrigen unterscheiden sich die erreichten und die nichterreichten Personen nicht voneinander, weder in Bezug auf die untersuchten soziodemographischen Merkmale, den soziokulturellen Hintergrund, die strukturelle Integration, noch in Bezug auf die untersuchten Aspekte der Desintegration und Marginalisierung und die Muster des Drogengebrauchs vor dem Eintritt.

Vergleicht man nur die Personen mit einem *irregulären* Therapieabschluss in Bezug auf die Erreichbarkeit für ein Nachbefragungsinterview, zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Ein solcher ergibt sich jedoch im Vergleich der Verstorbenen mit der restlichen Stichprobe: in der Gruppe der Verstorbenen sind Personen mit einem kürzeren Therapieaufenthalt (weniger als neun Monate) übervertreten.

Diese Befunde deuten insgesamt darauf hin, dass die Stichprobe der nachbefragten Personen eine positive Selektion darstellt: wer freiwillig in die Therapie gekommen ist, länger in Behandlung geblieben ist und diese regulär abgeschlossen hat, wurde mit grösserer Wahrscheinlichkeit für die Nachbefragung erreicht – wobei ein längerer Aufenthalt und ein regulärer Behandlungsabschluss in der Regel mit einem besseren Therapieergebnis einhergehen. Hingegen spielen die Merkmale der sozialen Integration zum Zeitpunkt des Eintrittes keine signifikante Rolle hinsichtlich der Bereitschaft, an der Nachbefragung teilzunehmen.

6.2. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

6.2.1. Lebenssituation beim Therapieeintritt

Im Zentrum der vorliegenden Studie steht zwar die breite Beschreibung der Nachbefragungssituation der ehemaligen Therapieabgänger. Der Rehabilitationsverlauf nach einem Therapieaufenthalt erfolgt jedoch nicht unabhängig von den Ressourcen und Defiziten, die jemand vor Behandlungsbeginn aufweist. Deshalb wurde einleitend aufgezeigt, wie die Lebenssituation der Klienten und Klientinnen, welche die angestrebte Untersuchungspopulation der vorliegenden Studie bilden, im Jahr vor Behandlungsbeginn ausgesehen hat. Die Ergebnisse weisen auf eine beträchtliche Spannbreite unterschiedlicher Ausgangssituationen hin:

- 44% der Eintretenden befanden sich im Jahr vor dem Behandlungsbeginn „ausserhalb des Arbeitsmarktes“: sie gingen keiner regelmässigen Beschäftigung nach und waren zumeist seit mehr als 12 Monaten ohne Arbeit. Demgegenüber standen 56% der Eintretenden „mit einem Fuss in der Arbeitswelt“ – sie haben ihren Lebensunterhalt (mindestens teilweise) durch regelmässige Einkünfte aus eigener Erwerbstätigkeit (mit)finanzieren können.
- Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen im Jahr vor Eintritt sowie Einkünfte aus illegalen Aktivitäten waren bei einem Grossteil der Eintretenden zu verzeichnen, jedoch in unterschiedlichem Ausmass. Die Mehrheit (57%) hatte (fast) täglich Kontakt zu Drogengebrauchenden und lebte mindestens zeitweise von illegalen Aktivitäten. Weitere 19% hatten ebenfalls (fast) täglich Kontakt zu Drogengebrauchenden und lebten mindestens zeitweise von ille-

galen Aktivitäten, zeichneten sich aber zusätzlich dadurch aus, dass der Lebensunterhalt mindestens zeitweise durch Mischeln und Betteln bestritten wurde. Die restlichen 24% zeichneten sich durch eine deutlich geringere Verankerung in der Drogenszene aus.

- Die Mehrheit der Eintretenden wies ein mehr oder weniger umfassendes Vorstrafenregister auf (69%).
- Von den Eintretenden können 29% als langjährige Heroinkonsumenten charakterisiert werden, welche auch im Jahr vor Behandlungsbeginn (fast) täglich Heroin, Kokain und Cocktails konsumierten. 25% gehören ebenfalls zu den langjährigen Heroinkonsumenten, haben jedoch im Jahr vor Therapiebeginn laut Selbstangaben keinen täglichen Heroinkonsum gehabt. Die übrigen 46% sind dagegen (fast) täglich Heroin Konsumierende im Jahr vor Eintritt mit teilweise mehrjährigem Heroinkonsum, jedoch ohne Kokain- und Cocktailgebrauch im Jahr vor Therapiebeginn.

In einem zweiten Schritt wurde untersucht, ob diese unterschiedliche Eintrittssituation der Personen der Gesamtstichprobe mit bestimmten Merkmalen der Person selbst oder mit solchen des Therapieaufenthaltes zusammenhängt. In Bezug auf die untersuchten *Merkmale der Person* haben sich nur wenige statistisch signifikante Zusammenhänge ergeben:

- Männer sind signifikant häufiger als Frauen bereits wegen mehrerer Delikte inkl. Drogenhandel und/oder Drogentransport verurteilt worden. Frauen sind dagegen häufiger nur wegen Diebstahl oder Sachbeschädigung verurteilt worden.
- Männer gehören signifikant häufiger zu den Personen ohne täglichen Heroingebruch im Jahr vor dem Eintritt, während Frauen häufiger unter den langjährigen Heroingebrauchenden mit zumeist täglichem Konsum von harten Drogen im Jahr vor Therapiebeginn zu finden sind.
- Die Eintretenden ausländischer Nationalität weisen eine ungünstigere Legalsituation auf, indem sie häufiger umfassend vorbestraft sind. Zudem standen sie im Jahr vor Behandlungsbeginn im Vergleich zu den Eintretenden mit schweizerischem Pass seltener „mit einem Fuss im Arbeitsmarkt“.
- Personen aus einer gemischtkulturellen Familie erhielten im Jahr vor Eintritt häufiger private finanzielle Unterstützung als solche aus Familien mit zwei Schweizer Elternteilen oder zwei Elternteilen ausländischer Nationalität.
- Personen, deren Eltern beide die Landessprache mühelos beherrschen, weisen häufiger kaum Verurteilungen auf in ihrer Biographie.

Die untersuchten *Merkmale des Therapieaufenthaltes* weisen ebenfalls nur wenige signifikante Zusammenhänge mit der Ressourcenlage beim Eintritt auf. Diese betreffen ausschliesslich die Freiwilligkeit des Therapieeintritts, während

die Dauer des Therapieaufenthaltes und die Art der Therapiebeendigung nicht mit der Ressourcenlage beim Eintritt zusammenhängen. Wer freiwillig eine stationäre Therapie aufgesucht hat,

- lebte im Jahr vor dem Eintritt häufiger integriert und/oder autonom
- stand in dieser Zeit seltener ausserhalb des Arbeitsmarktes
- wurde häufiger finanziell von privater Seite unterstützt
- gehörte häufiger zu den in ihrer Biographie noch nicht verurteilten Personen
- gehörte häufiger zu den bereits langjährigen Heroinkonsumenten.

Ein freiwilliger Eintritt bedeutet in der vorliegenden Untersuchung jedoch keinen absoluten Gegensatz zu einem „erzwungenen“ Behandlungsbeginn, da es sich bei den „unfreiwillig“ eingetretenen Personen vor allem um Personen handelt, die sich aufgrund einer strafrechtlichen Massnahme für eine Therapie und gegen eine (Gefängnis-)Strafe entschieden haben. Diese Personen zeichnen sich somit durch eine zumindest teilweise schlechtere Ressourcenlage beim Eintritt auf, wenn man sie mit denjenigen vergleicht, die freiwillig in Behandlung gekommen sind.

6.2.2. Soziale Situation und Muster des Drogengebrauchs in der Nachbefragung

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Studie richtet sich auf das Gelingen der sozialen Integration und der Distanzierung von vormaligen drogenbezogenen Leben in der Zeit nach einer stationären Behandlung. Zu diesem Zweck wurde untersucht, inwiefern es den Therapieabgängern gelungen ist, sich in die „Normgesellschaft“ zu integrieren. Betrachtet werden die Wohn- und Arbeitssituation, sowie die finanziellen Abhängigkeiten. Ausserdem interessiert, ob sich die Betroffenen von „szeneorientierten“ sozialen Bezügen haben distanzieren können, und ob es in der Zeit nach der Therapie zu erneuten Verurteilungen gekommen ist. Schliesslich wird nach dem Gelingen einer abstinenten Lebensweise bzw. erneutem Konsum von harten Drogen gefragt. Auch in Bezug auf diese Aspekte wird untersucht, inwiefern sie mit Merkmalen der befragten Personen oder solchen des Therapieaufenthaltes zusammenhängen.

Die Ergebnisse weisen wiederum auf ein Spektrum unterschiedlicher Lebenssituationen hin:

- Was die *strukturelle Integration* anbelangt, haben sich die Befragten je nach Lebensbereich verschieden stark in die „Normgesellschaft“ integrieren können. Ein grosser Teil der nachbefragten Personen hat eine zufriedenstellende Wohnsituation etablieren können: rund drei Viertel (74%) der Befragten wohnten in der Zeit seit Austritt selbständig und integriert, auch wenn ein ge-

ringer Teil davon in den ersten sechs Monaten nach Austritt noch in einem institutionellen Rahmen gelebt hat. Die Integration in den Arbeitsbereich fällt dagegen nur für den kleineren Teil der Befragten durchgehend positiv aus: 37% der Befragten ist eine gute Integration in den Arbeitsmarkt gelungen, indem diese Personen während der ganzen Zeit seit Therapieaustritt über eine reguläre Anstellung (Voll- oder Teilzeit) verfügten. Weitere 13% hatten zwar in den ersten sechs Monaten seit Austritt eine reguläre Anstellung inne, die sie aber wieder verloren. Die restlichen 50% zeichnen sich aus durch eine seit Austritt meist durchgehend schlechte Arbeitsintegration. Der Anteil von 37% arbeitsmässig gut integrierten liegt tiefer als in anderen Studien (Dobler-Mikola et al., 1998; Herbst, 1992; Raschke & Rometsch, 1987), was unter anderem mit der strengen Definition von „guter Arbeitsintegration“ in der vorliegenden Untersuchung zusammenhängen dürfte: „gut integriert“ bedeutet, dass während der 18 Monate die meiste oder ganze Zeit regulär Vollzeit oder Teilzeit gearbeitet wurde. Was schliesslich die finanzielle Autonomie anbelangt, bezogen noch 46% der Befragten entweder private Unterstützung oder Unterstützung vom Sozialamt. Die übrigen finanzierten ihren Lebensunterhalt ohne solche Unterstützungsleistungen.

- Im Bereich der *sozialen Desintegration und Marginalisierung* weist ein Grossteil der Befragten eine weitgehende Distanzierung von drogenbenützenden Kreisen auf: nur 24% der Befragten hatten noch gelegentlich oder oft Kontakte zu solchen Kreisen. Der Anteil „Distanzierter“ liegt mit damit deutlich höher als bei Dobler-Mikola et al. (Dobler-Mikola et al., 1998). Auch bezüglich der Legalbewährung zeigt sich eine positive Situation: nur 16% der Befragten weisen nach Therapieaustritt erneut Verurteilungen auf, welche zudem teilweise auf Delikten vor Therapiebeginn beruhen. Der Anteil von Personen mit erneuten Verurteilungen im Nachbefragungszeitraum liegt damit deutlich tiefer als in anderen Studien (Dobler-Mikola et al., 1998; Raschke & Schliehe, 1985).
- Bezüglich dem *Drogenkonsum* in der Zeit nach Austritt haben 63% aller Nachbefragten in unterschiedlichem Ausmass erneut harte Drogen (Heroin, Kokain) konsumiert, während 37% der Befragten gemäss Selbstangaben in den 18 Monaten nach Austritt keine solchen Drogen mehr konsumiert haben. Der Anteil der Personen ohne erneuten Konsum von harten Drogen entspricht in etwa den Befunden aus anderen Schweizer Studien (Dobler-Mikola et al., 1998; Uchtenhagen & Zimmer-Höfler, 1987), liegt aber höher als beispielsweise in der Untersuchung von Herbst (1992) oder von Groenemeyer (1990). Eine differenzierte Betrachtung der Muster erneuten Drogengebrauchs wurde in der vorliegenden Studie ermöglicht, indem die Angaben zum Konsum für die Zeiträume „erste sechs Monate nach Austritt“, „sechs bis zwölf Monate nach Austritt“ und „zwölf bis achtzehn Monate nach

Austritt“ je separat erhoben wurden. Es zeigt sich in der Analyse, dass erneuter Drogengebrauch sowohl im zeitlichen Verlauf als auch in der Intensität stark variiert. So haben nur 38% aller Personen, die über erneuten Konsum berichten, während der ganzen Zeit Heroin und/oder Kokain mindestens gelegentlich gebraucht. Die übrigen haben lediglich während sechs oder zwölf Monaten eine oder beide dieser Drogen gelegentlich oder täglich konsumiert. Nur rund die Hälfte aller Personen mit erneutem Drogenkonsum hat zudem mindestens eine der beiden Substanzen (Heroin, Kokain) während sechs Monaten oder länger täglich gebraucht – wenn dies nur während einer Periode von sechs Monaten der Fall war, handelte es sich mehrheitlich um die ersten sechs Monate nach Austritt. Diese Ergebnisse weisen auf eine Vielfalt an Mustern erneuten Drogengebrauchs hin und legen es nahe, Rückfälligkeit nicht pauschal zu betrachten, sondern die Polarisierung zwischen Rückfall einerseits und Abstinenz anderseits zugunsten einer differenzierteren Sichtweise von Rehabilitation aufzugeben.

Was die verlaufsbeeinflussende Bedeutung der in dieser Studie untersuchten Merkmale anbelangt, haben sich in Bezug auf die *personenbezogenen Merkmale* folgende signifikante Zusammenhänge ergeben:

- *Geschlecht*: Frauen wohnen in der Zeit nach dem Austritt häufiger als die Männer selbständig und integriert. Die Männer weisen häufiger eine desintegrierte Wohnform auf.
- *Alter*: Personen der älteren untersuchten Gruppe (27-44-Jährige) sind im Vergleich zu den Jüngeren (17-26-Jährige) öfter finanziell autonom (wenn auch nicht besser in den Arbeitsmarkt integriert). Die Befragten der jüngeren Altersgruppe werden häufiger vom Sozialamt unterstützt und weisen öfter erneuten Konsum während nur sechs Monaten auf als diejenigen der älteren Gruppe.
- *Soziokultureller Hintergrund*: Nachbefragte Personen ausländischer Nationalität weisen gegenüber den Schweizer Befragten ein höheres Risiko auf, nach dem Therapieaufenthalt erneut verurteilt zu werden (wobei die Verurteilungen auch auf Delikten aus der Zeit vor der Therapie beruhen können). Befragte schweizerischer Nationalität haben häufiger als die Vergleichsgruppe eine zunehmend integrierte Wohnsituation und gehören häufiger zu jenen Personen, die seit Austritt keine harten Drogen mehr gebraucht haben. Personen, die nicht aus einer gemischtkulturellen Familie stammen, weisen im Vergleich zu Befragten mit zwei Schweizer oder zwei ausländischen Elternteilen häufiger viele Kontakte auf mit drogenbenützenden Kreisen und haben öfter während der ganzen Zeit mindestens gelegentlich harte Drogen konsumiert. Personen, bei denen ein Elternteil die Landessprache nicht mühelos beherrscht, weisen häufiger eine desintegrierte Wohnsituation auf.

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Aspekte der Rehabilitation weisen somit mit der *Geschlechtszugehörigkeit* mit einer Ausnahme (Wohnsituation) keinen signifikanten Zusammenhang auf. Ergebnisse, wonach Frauen deutlich bessere Rehabilitationschancen, unter anderem geringere Rückfallquoten, aufweisen (zum Beispiel Dobler-Mikola, 1996; Sheehan et al., 1993), finden damit keine Bestätigung.

Was die Bedeutung des *Alters* anbelangt, findet die verbreitete Annahme, dass es älteren Drogenabhängigen eher gelinge, sich von einem drogenorientierten Leben und der Szene zu lösen (Maturing-out), in der vorliegenden Studie ebenfalls keine Bestätigung. Die Personen der älteren untersuchten Gruppe (27-44-Jährige) haben sich gegenüber den Jüngeren (17-26-Jährige) nicht stärker oder geringer von drogenbenützenden Kreisen distanzieren können und sie weisen auch nicht deutlich andere Drogengebrauchsmuster auf. Die einzige Ausnahme, dass nämlich die jüngeren Befragten im Falle erneuten Konsums von harten illegalen Drogen dies eher während kürzerer Zeit erneut taten, bestätigt die obengenannte Hypothese ebenso wenig.

In Bezug auf den *soziokulturellen Hintergrund* der befragten Personen weisen die Befunde aus der vorliegenden Studie durchaus darauf hin, dass der soziokulturelle Hintergrund der ehemaligen Therapieabsolventen von einer gewissen Bedeutung für die Rehabilitation ist, vor allem wenn man die nationale Zugehörigkeit der Befragten als Indikator nimmt: Die befragten Personen ausländischer Nationalität wiesen gegenüber den Schweizer Befragten im Bereich der Legalbewährung eine problematischere Rehabilitation auf, indem sie vergleichsweise öfter erneut verurteilt wurden. Die Schweizer Befragten hatten zudem öfter keine harten Drogen mehr konsumiert. Diese Anzeichen einer problematischeren Rehabilitation bei Drogenabhängigen ausländischer Nationalität bestätigen sich aber für andere Rehabilitationsdimensionen wie die Arbeitsintegration oder die Verankerung in der Drogenszene nicht. Nur wenige signifikante Unterschiede zeigen sich auch, wenn die familiäre Nähe zur herrschenden Kultur als Indikator des soziokulturellen Hintergrundes der Befragten beigezogen wird.

Die Vermutung, dass soziokulturelle Faktoren nicht nur für die Inanspruchnahme von Beratung und Therapie bei Drogenproblemen eine Rolle spielen, sondern auch für den Erfolg einer (stationären) Behandlung – wozu insgesamt noch erheblicher Forschungsbedarf zu konstatieren ist –, wird denn durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie zumindest in einigen Aspekten gestützt. Eine intensivere Erforschung des Zusammenhangs zwischen soziokulturellen Merkmalen und dem Outcome erscheint wünschenswert.

Betrachtet man nun noch die in dieser Studie untersuchten *Merkmale des Therapieaufenthaltes*, haben sich sowohl die Dauer des Aufenthaltes als auch die Art der Behandlungsbeendigung als prognostisch relevant erwiesen:

- Ein kürzerer Aufenthalt (sowohl bezogen auf den Cut-Off-Punkt bei 6 Monaten als auch bei 9 Monaten) geht mit schlechteren Ergebnissen bezüglich der Wohnsituation, der Integration in den Arbeitsmarkt, der Distanzierung von drogenbenützenden Kreisen und dem erneuten Konsum von harten Drogen einher. Personen mit einem längeren Aufenthalt weisen dagegen in all diesen Punkten bessere Ergebnisse auf.
- Ein irregulärer Behandlungsabschluss geht ebenfalls mit schlechteren Ergebnissen einher, was die Wohnsituation, die Arbeitsintegration, die finanzielle Autonomie, die Distanzierung von der Drogenszene, erneute Verurteilungen sowie erneuten Konsum während der ganzen Nachbefragungszeit anbelangt. Ein regulärer Abschluss der Therapie geht hingegen mit höherer Wahrscheinlichkeit mit einer besseren Rehabilitation in den genannten Bereichen einher.

Die Bedeutung einer längeren Aufenthaltsdauer als ein zuverlässiger Prädiktor für eine erfolgreichere Rehabilitation, sei dies hinsichtlich Drogenfreiheit, beruflicher Integration oder der Legalbewährung, welche von verschiedenen Autoren betont wird (Bleiberg et al., 1994; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1994; Dobler-Mikola et al., 1998; French et al., 1993; McCusker et al., 1997; McCusker et al., 1996; Shwartz et al., 1997; Simpson, 1998), konnte somit auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Dasselbe gilt für eine reguläre Behandlungsbeendigung als Prädiktor für positive Veränderungen und einen langfristigen Therapieerfolg (Brünger, 1998; Dobler-Mikola et al., 1998; Herbst et al., 1989; Roch et al., 1992).

Als einziges der hier untersuchten Merkmale des Therapieaufenthaltes zeigte die Freiwilligkeit des Eintritts keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Rehabilitationsstatus eineinhalb Jahre nach Austritt.

6.2.3. Veränderungen in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs gegenüber der Zeit vor Eintritt

Um den Rehabilitationsstatus nach einer Behandlung umfassend beurteilen zu können, sind die Ausgangsressourcen der ehemaligen Klienten mit zu berücksichtigen. Ressourcen sowie Belastungen aus der Zeit vor der Behandlung können den Rehabilitationsverlauf mit beeinflussen. In der vorliegenden Studie wurde deshalb untersucht, welche Veränderungen in der sozialen Situation und in den Mustern des Drogengebrauchs zu beobachten sind, wenn die Nachbefragungssituation mit der Eintrittssituation der Befragten verglichen wird. In der vorangehenden Analyse der Nachbefragungssituation hat sich zudem ein regulärer Abschluss der Behandlung als prognostisch wichtiger Faktor für den Therapieerfolg bestätigt, weshalb im Vergleich der Eintrittssituation mit der Nachbefra-

gungssituation speziell untersucht wird, ob sich allfällige Zusammenhänge zwischen dem Outcome und der Ressourcenlage beim Eintritt bei den regulär und den irregulär Ausgetretenen gleichermassen darstellen.

Die Ergebnisse zeigen für folgende Ressourcen bzw. Belastungen aus der Zeit vor der Behandlung einen signifikanten Zusammenhang mit der Nachbefragungssituation:

- Denjenigen Personen, die vor dem Eintritt in die Therapie noch mit einem Fuss in der Arbeitswelt standen, gelingt es mit grösserer Wahrscheinlichkeit, sich nach der Therapie arbeitsmässig gut zu integrieren.
- Befragte, welche bereits vor dem Eintritt finanziell autonom lebten, d.h. weder auf Unterstützung durch Familienangehörige noch auf Sozialhilfe angewiesen waren, kommen auch nach der Therapie weitgehend ohne solche Unterstützung aus.
- Personen mit einem umfassenden Vorstrafenregister bereits beim Eintritt weisen ein höheres Risiko auf, nach der Therapie erneut wegen Delikten, die sie vor, während oder nach der Therapie begangen haben, verurteilt zu werden.

Die Ergebnisse zeigen des weiteren, dass ungünstige Ausgangsressourcen, die mit einer schlechteren Prognose einhergehen, durch die Therapie ein Stück weit aufgefangen werden können. Dies gilt in allen genannten Aspekten, wenn die Therapie wie vorgesehen durchlaufen und regulär beendet wird.

Unabhängig von den Eintrittsressourcen hat sich eine reguläre Beendigung der Therapie in folgenden Punkten für positive Veränderungen als bedeutsam erwiesen:

- Personen mit einem regulären Abschluss wohnen nach Austritt überdurchschnittlich oft autonom und integriert, können sich öfter als Therapieabbrecher gut in den Arbeitsmarkt integrieren und sind seltener von privater oder sozialer Unterstützung abhängig.
- Personen mit einem regulären Abschluss haben sich deutlich öfter von drogenbenützenden Kreisen distanzieren können als diejenigen, welche die Therapie vorzeitig verlassen haben, und weisen mit höherer Wahrscheinlichkeit keine erneuten Verurteilungen mehr auf.
- Personen mit einem regulären Abschluss konsumieren mit deutlich grösserer Wahrscheinlichkeit in den 18 Monaten nach Austritt keine harten Drogen mehr (Heroin, Kokain), während Therapieabbrecher mehrheitlich erneut harte illegale Drogen gebrauchen.

Damit werden Befunde aus anderen Studien bestätigt, welche für reguläre Beender einer stationären Behandlung höhere Abstinenzquoten nachgewiesen

haben (Brünger, 1998; Dobler-Mikola et al., 1998). Untersuchungen, die keinen solchen Zusammenhang gefunden haben (Ravndal & Vaglum, 1998), werden nicht gestützt. Bestätigt werden aber auch Ergebnisse, wonach Verbesserungen im Bereich der Arbeitsintegration und der Legalbewährung bei Personen mit regulärem Therapieaustritt viel wahrscheinlicher sind als bei solchen mit einem irregulären Abschluss der Therapie (Dobler-Mikola et al., 1998).

Die zentrale Bedeutung, die der Art des Therapieaustrittes zukommt, steht den relativ hohen Abbruchquoten gegenüber, welche für stationäre abstinenzorientierte Therapien berichtet werden: fünfzig bis sechzig Prozent der Therapieeintretenden schliessen eine begonnene stationäre Therapie nicht wie vorgesehen ab (Griching et al., 1999; Herbst, 1992; Uchtenhagen, 2000). Vor diesem Hintergrund kommt der Frage, welche Faktoren für das Verbleiben in der Therapie bedeutsam sind, ein grosses Gewicht zu. Die Aufmerksamkeit richtet sich diesbezüglich nicht nur auf die bereits ausgiebig erforschten Personenmerkmale, sondern zunehmend auch auf solche des therapeutischen Prozesses, der Motivation und der therapeutischen Einrichtung (zum Beispiel Battjes et al., 1999; Simpson et al., 1998; Simpson et al., 1997a; Simpson et al., 1997c).

6.2.4. Subjektive Attribuierung von „Erfolg“ und „Misserfolg“

Im Rahmen von Untersuchungen zur Therapiewirksamkeit wurde das Individuum als ein wichtiger „Motor“ der Veränderung erkannt. So wird in „Phasenmodellen“ der Rehabilitation ein eigentlicher Wendepunkt angenommen, der am Anfang des Ausstiegs aus einer drogenorientierten Laufbahn steht und welcher sich oftmals durch eine aktive Entscheidung des Individuums, eine Veränderung anzustreben, auszeichnet. Und im Rahmen der Rückfallforschung interessieren rückfallverhindernde und rückfallbegünstigende Faktoren, wobei bislang eher selten die subjektive Perspektive erforscht wurde. In der vorliegenden Untersuchung wurde deshalb ein Schwergewicht auf die Erfassung der subjektiven Perspektive der ehemaligen Therapieteilnehmenden gelegt. Erhoben wurden dabei in einem ersten Schritt Motive, die von den Betroffenen mit einem erneuten Gebrauch von harten Drogen in Verbindung gebracht werden sowie Begründungen für das Gelingen eines drogenfreien Lebens.

6.2.4.1. Subjektive Attribution von „Misserfolg“

Es hat sich in der vorliegenden Untersuchung gezeigt, dass es gut einem Drittel der ehemaligen Therapieabgänger gelungen ist, seit dem Austritt drogenfrei zu leben. Zwei Drittel haben erneut Heroin und/oder Kokain gebraucht, allerdings oft nur während einer gewissen Zeit und in unterschiedlicher Intensität. Alle Per-

sonen, die seit Austritt mindestens zeitweise erneut harte illegale Drogen konsumiert haben, wurden nach den für sie relevanten Motiven für den mindestens zeitweiligen Wiederkonsum von Heroin und/oder Kokain gefragt. Die meist genannten Motive lassen sich zu folgenden Schwerpunkten zusammenfassen:

- Verlangen nach Drogen
- persönliche (psychische) Probleme
- Partnerschaftsprobleme
- Misslingen einer neuen sozialen Integration.

Hiermit sind zentrale Aspekte angesprochen, welche als rückfallfördernd gelten. Neben der eigentlichen Lust auf Drogen, die erneuten Konsum begünstigen kann, wird aus Sicht der Klienten insbesondere die Bedeutung der sozialen Neuorientierung bestätigt. Der Aufbau von tragfähigen sozialen Beziehungen und die Distanzierung vom Drogenmilieu werden für ein „Leben ohne Drogen“ als zentral erachtet (Krausz & Degkwitz, 1996; Raschke, 1996; Watermann et al., 1996), weshalb es hier wenig überrascht, wenn soziale Isolation oder Probleme in der Partnerschaft von den Befragten mit erneutem Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden. Wo der Aufbau neuer sozialer Beziehungen nicht problemlos gelingt, ist es zudem naheliegend, dass soziale Bezüge über das bekannte Umfeld definiert werden, was beispielsweise zum Ausdruck kommt, wenn die Drogenszene „vermisst“ wird.

Die eine der von den Betroffenen häufig erwähnten Misserfolgs-Begründungen bezieht sich auf (psychische) Probleme mit sich selbst. Da dieser Begriff in der vorliegenden Studie nicht spezifiziert wurde, lässt sich daraus nicht mehr als ein Hinweis auf die hohe subjektive Bedeutung des psychischen Befindens im Hinblick auf einen Rückfall gewinnen. Generell wird zwar dem Vorhandensein psychischer Störungen ein ungünstiger Einfluss auf eine erfolgreiche Rehabilitation zugesprochen (Uchtenhagen, 2000) und beispielsweise ein Zusammenhang zwischen Depression und erhöhtem Rückfallrisiko berichtet (Brewer et al., 1998). Die Datenlage in der vorliegenden Studie ermöglicht jedoch keine entsprechenden Aussagen, sondern legt eine vertiefte Untersuchung des möglichen Zusammenhangs zwischen psychischem Befinden und der Rehabilitation nahe.

6.2.4.2. Subjektive Attribution von „Erfolg“

In einem zweiten Schritt wurde nach den subjektiven *Erfolgsbegründungen* gefragt. Alle nachbefragten Personen gaben an, was für sie für das zumindest zeitweilige Gelingen eines drogenfreien Lebens in der Zeit seit Austritt von Bedeutung war. Diese Angaben liegen auch von Personen vor, welche seit dem Austritt erneut harte illegale Drogen (Heroin und/oder Kokain) gebraucht haben (dabei hat ein bedeutender Teil dieser Personen zumindest zeitweise keine

harten Drogen konsumiert; die übrigen haben die Frage hypothetisch beantwortet im Sinne der als grundsätzlich wichtig erachteten Motive für einen gelingenden Ausstieg).

Bezüglich der Motive, die für ein „drogenfreies“ Leben subjektiv als wichtig erachtet werden, heben sich folgende Schwerpunkte hervor:

- die bewusste Entscheidung für ein neues, sinnvolles Leben
- die Ablehnung des bisherigen drogenbezogenen Lebens
- eine zufriedenstellende Arbeitssituation
- die Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Diese Schwerpunkte spiegeln gut die in der Literatur konstatierten zwei „Motivbündel“ wider, welche für einen gelingenden Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn als relevant gelten (Bühringer, 1991; Sickinger, 1994). Das eine „Bündel“ umfasst Gründe, welche die Ablehnung des bisherigen Lebens und die Vermeidung negativer Konsequenzen (zum Beispiel gesundheitliche Schäden) ins Zentrum stellen. Das zweite Bündel bezieht sich dagegen auf die Verwirklichung von Lebenswünschen und Lebenszielen und drückt die positive Erwartung an das Gelingen eines neuen, besseren Lebens aus.

In den vorliegenden Ergebnissen kommt aus der Sicht der Befragten insbesondere der bewussten Entscheidung für einen Neubeginn hohe Bedeutung zu. In ähnlicher Weise hat sich bereits bei Sickinger (Sickinger, 1994) gezeigt, dass neben institutionellen Ausstiegshilfen der eigene Wille zu einem Neubeginn ein zentrales Agens eines gelingenden Ausstiegs darstellt. Auch in Phasenmodellen des Ausstiegs aus einer Drogenlaufbahn wird die Entscheidung, etwas zu ändern, als charakteristisch für den Beginn des Rehabilitationsprozesses erachtet (Dobler-Mikola, 2000). Die Frage nach dem „Sinn“, welche in den vorliegenden Ergebnissen deutlich zum Ausdruck kommt, charakterisiert einen solchen Wendepunkt: Der Wunsch der hier Befragten nach einem sinnvolleren Leben und die Zweifel an der Sinnhaftigkeit des bisherigen Lebens nehmen in ihrer Perspektive den Vorrang ein, wenn es um die Motive für einen gelingenden Ausstieg geht. Gerade die Sinnfrage stellt sich jedoch keineswegs unabhängig von den realen Lebensbedingungen, sondern kann mit Grenzen konfrontiert sein, wie am Beispiel der Arbeit ersichtlich ist: indem Arbeit nicht nur ein Mittel zur Finanzierung des Lebensunterhaltes, sondern auch eine wichtige Quelle sozialer Identität und sozialer Bezüge darstellt, bedeutet ihre eingeschränkte Verfügbarkeit gerade für marginalisierte Gruppen potentiell oder tatsächlich den Ausschluss von der Teilhabe an gesellschaftlich anerkannten sinnstiftenden Gütern.

6.2.5. Subjektiv wahrgenommene Veränderungen und rückblickende Therapiebeurteilung

Wie bereits bezüglich dem „Leben ohne Drogen“ resp. erneutem Drogenkonsum, interessiert auch in weiteren Aspekten die Perspektive der Betroffenen. Welche Veränderungen haben die ehemaligen Therapieteilnehmenden selbst wahrgenommen? Wo nehmen sie dabei einen Einfluss der Therapie an? Wie beurteilen sie den Nutzen der Therapie rückblickend?

6.2.5.1. Subjektiv wahrgenommene Veränderungen

Die Befragten wurden zunächst um eine Einschätzung ihrer *Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung* gebeten. Diese fällt insgesamt überraschend positiv aus, wobei deutlich wird, dass persönliche und zwischenmenschliche Fähigkeiten – wie Kontaktfähigkeit, Selbstsicherheit oder die Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen – positiver beurteilt werden als die Wohn- und Arbeitssituation oder der Kontakt mit der eigenen Familie.

Die nachbefragten Personen wurden zudem um eine Einschätzung der *Veränderungen* gegenüber der Zeit vor Eintritt gebeten. Diese werden ebenfalls mehrheitlich positiv beurteilt, am stärksten hinsichtlich der Fähigkeit ohne Drogen zu leben sowie im Bereich der Selbstreflexion und Abgrenzung. Zwei von fünf Personen konstatieren eine stark positive Veränderung ihrer Arbeits- und Wohnsituation. In verschiedener Hinsicht werden keine Veränderungen wahrgenommen – am deutlichsten trifft dies für die Pflege des eigenen Körpers und den Kontakt zur eigenen Familie zu, aber auch für die Arbeitssituation, mit welcher jede dritte Person schon vor der Therapie zufrieden war. Negative Veränderungen werden äusserst selten berichtet und betreffen am ehesten die Wohn- und Arbeitssituation. Die Ergebnisse sind somit mit Befunden aus anderen Studien kongruent, welche selbst wahrgenommene Veränderungen vor allem in den Bereichen Ich-Reifung und Selbstenthüllung nachweisen konnten (Schaaf, 1996; Schaaf & Dobler-Mikola, 1995).

Der *Einfluss der Therapie auf positive Veränderungen* wird ebenfalls im Bereich der selbstreflexiven und zwischenmenschlichen Fähigkeiten am stärksten eingeschätzt. Deutlich geringer wird er beurteilt, wenn es um positive Veränderungen der Wohn- oder der Arbeitssituation geht. Ähnlich konnte bereits Sickinger (Sickinger, 1994) feststellen, dass das Verdienst einer absolvierten stationären Therapie von den ehemaligen Klienten rückblickend vor allem im Bereich des Erwerbs persönlicher und sozialer Kompetenzen geortet wird.

Angesichts der insgesamt sehr positiven Einschätzung der Befragten zu ihrer Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung, zu den erfahrenen Veränderungen und zum Einfluss der Therapie ist zu bedenken, dass es sich bei der

vorliegenden Stichprobe um eine positive Selektion handelt: Personen, welche die Therapie regulär beendet haben, sind gegenüber den irregulär Ausgetretenen übervertreten; ein regulärer Therapieabschluss geht aber in der Regel mit einer besseren Rehabilitation einher. Dieser Selektionseffekt dürfte auch in den subjektiven Bewertungen zum Ausdruck kommen. Zudem ist davon auszugehen, dass jemand, der sich wegen eines Problems über längere Zeit hinweg in stationäre Behandlung begeben hat, geneigt ist, diesen Aufwand im nachhinein als für sich lohnend zu interpretieren. Die berichteten Veränderungen und die diesbezügliche Bedeutung der Therapie stimmen aber trotz dieser Einschränkungen gut mit bisherigen Befunden überein (Sickinger, 1994), wonach die stationäre Therapie von den ehemaligen Absolventen als wichtige Hilfe im Ausstiegsprozess beurteilt wird.

6.2.5.2. Rückblickende Therapiebeurteilung

Eine Frage, die für die Praxis unmittelbar von Interesse ist, betrifft die rückblickende *Beurteilung des Nutzens der Therapie*. Was wurde als hilfreich erlebt? Welche Aspekte der absolvierten Behandlung werden kritisch beurteilt?

Zu den wichtigen *Erfahrungen*, welche die Eintretenden in einer Therapie grundsätzlich machen möchten, gehört in erster Linie die Distanz zum vormaligen drogenorientierten Leben. Zudem erwarten sie Anstösse für die Auseinandersetzung mit sich selbst: die stationäre Therapie soll Raum bieten für einen Zwischenhalt, für die Reflexion, für eine Neuorientierung. Dieses Bedürfnis entspricht einem wesentlichen Ziel, wie es für eine stationäre Therapie formuliert wird (vgl. 2.3.1). Wie Kindermann (Kindermann, 1992) und Sickinger (Sickinger, 1994) betonen, kommt zudem Phasen der Abstinenz, wie sie auch die stationäre Therapie selbst darstellt, im komplexen Prozess des Ausstiegs aus einer drogenbestimmten Laufbahn eine grosse Bedeutung zu: sie ermöglichen eine Neuorientierung, positive Erfahrungen, den Aufbau von Zukunftsperspektiven. Die Therapie in diesem Sinne zu nutzen, entspricht offenbar auch einer von den ehemaligen Therapieteilnehmenden selbst wahrgenommenen Chance. Dabei zeigt sich im Urteil der hier Befragten, dass die grundsätzlich als wichtig erachteten Erfahrungen in der absolvierten Therapie auch weitgehend realisiert werden konnten.

Der erfahrene *Nutzen* der absolvierten Therapie bzw. die *Beurteilung* einzelner ihrer Komponenten wird am häufigsten in folgenden Aspekten lokalisiert: Die meisten Befragten haben die Atmosphäre in der Therapie als vertrauensvoll erlebt und die Einzel- und die Gruppengespräche als hilfreich empfunden. Zudem wird den Einrichtungen mehrheitlich eine konsequente Anwendung der Regeln attestiert. Problematisiert wird dagegen ein Übermass an uneinsichtigen Regeln. Mehrheitlich als (eher) wenig hilfreich beurteilt werden das Schul- und

Lernangebot sowie das Arbeits- und Berufsorientierungsangebot. Am stärksten widersprochen wird der Behauptung, die Therapie habe davor geschützt, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen. Diese „Institutionskritik“ entspricht teilweise früheren Befunden: So fand sich die Kritik am Ausmass der vorherrschenden Regeln bereits bei Schaaf & Dobler-Mikola, (Schaaf & Dobler-Mikola, 1995), Schaaf (Schaaf, 1996) sowie Sickinger (Sickinger, 1994). Keine Bestätigung findet dagegen die in früheren Untersuchungen konstatierte Kritik an einem zu harten Umgangsstil und an mangelnder Mitsprache (Schaaf, 1996; Schaaf & Dobler-Mikola, 1995) sowie an mangelnder individueller Zuwendung (Sickinger, 1994).

Auffallend ist der eher geringe Nutzen, der dem Bildungs- und Arbeitsangebot der Einrichtungen zugesprochen wird. Auch wo sich die Arbeitssituation im subjektiven Urteil positiv verändert hat, wird nur von einer Minderheit ein Einfluss der Therapie angenommen. Dieser Einschätzung steht die hohe subjektive Bedeutung gegenüber, welche einer zufriedenstellenden Arbeitssituation für das „Leben ohne Drogen“ sowie Problemen im Bereich der Arbeit für einen Rückfall zugemessen wird. Die Zielsetzung stationärer Therapie, zur beruflichen Integration der Klienten beizutragen, scheint gemessen am rückblickenden Urteil der Therapieabgänger nur bedingt erreicht zu werden. Eine mögliche Erklärung dafür mag sein, dass ein Teil der Einrichtungen, deren Klientele hier befragt worden ist, eventuell kein spezifisches Angebot umfasst, weshalb von den Befragten kein entsprechender Einfluss konstatiert werden konnte. Es ist aber auch denkbar, dass sich die ehemaligen Klienten mit einer Arbeitsmarktrealität konfrontiert sehen, die sich durch eine speziell gegenüber marginalisierten Gruppen begrenzte Zugänglichkeit charakterisiert. Gerade die Prozesse der Arbeitsintegration bei marginalisierten Gruppen, die kritischen Momente darin ebenso wie die potentiellen Ressourcen, wären jedoch noch genauer zu analysieren, um gezielter intervenieren zu können.

Die vorliegenden Einschätzungen stammen in überdurchschnittlichem Ausmass von Personen, welche den Therapieprozess wie vorgesehen durchlaufen und die Behandlung regulär beendet haben. Es wäre nun interessant zu prüfen, inwiefern die Beurteilung der Therapie und ihres Nutzens bei den regulär und den irregulär Ausgetretenen unterschiedlich ausfallen. Dabei könnte die Untersuchung der Frage, ob und wo auch Therapieabbrecher einen Nutzen der angefangenen Behandlung ausmachen, interessante Aufschlüsse über eine zahlenmässig bedeutsame Klientengruppe liefern. Ebenfalls zu prüfen bleibt, ob und wo sich die subjektive Perspektive des Therapieerfolgs mit dem beobachteten Rehabilitationsstatus deckt bzw. wo sich Diskrepanzen ergeben.

6.3. Schlussfolgerungen

Im Zentrum dieser Studie stand die Beschreibung des Rehabilitationsstatus und der Rehabilitationsverläufe von Klienten und Klientinnen nach einer stationären Therapie, die Erfassung subjektiver Erfolgs- resp. Misserfolgsbegründungen und die rückblickende Therapiebeurteilung. Welches sind nun die wichtigsten Erkenntnisse? Was bedeuten sie im Hinblick auf die Frage nach der Wirksamkeit stationärer abstinenzorientierter Therapien für Drogenabhängige? Welche neuen Fragen stellen sich? Im Folgenden werden einige wichtige Befunde im Hinblick auf ihre mögliche Bedeutung für die *Forschung*, die *therapeutische Praxis* sowie die *öffentliche Diskussion* zusammengefasst.

1) Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass die Art des Austrittes aus der Therapie ein prognostisch relevanter Faktor ist: wer die Behandlung regulär beendet und somit den vorgesehenen Therapieprozess ganz durchlaufen hat, weist mit grösserer Wahrscheinlichkeit als Abbrecher positive Veränderungen in verschiedenen Aspekten der Lebenssituation auf. Die Bedeutung des regulären Abschlusses für die Rehabilitation nach der Therapie steht den hohen Abbruchquoten in stationären Behandlungen von Drogenabhängigen gegenüber.

- Für die *Forschung* stellt sich diesbezüglich die Frage, welche Faktoren für das Verbleiben in der Therapie von Bedeutung sind. Dabei legen Befunde aus verschiedenen Untersuchungen nahe, sich nicht allein auf sogenannte Klientenmerkmale zu konzentrieren, sondern vermehrt Elemente des Therapieaufenthaltes, der Institution sowie des therapeutischen Prozesses ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Besondere Aufmerksamkeit soll der Erforschung von motivationalen Prozessen gewidmet werden, von denen vermutet wird, dass sie wesentlich mit dem Verbleiben in der Therapie und einem regulären Abschluss der Behandlung zusammenhängen.
- Die *therapeutische Praxis* kann sich grundsätzlich der Befunde der vorliegenden Studie als Reflexionsgrundlage bedienen. Gerade in Bezug auf das Verbleiben in der Therapie kann sie ihrerseits durch eine gezielte Dokumentation der Umstände, die mit einem Therapieabbruch einhergehen, zu neuer Erkenntnis beitragen. Dies mit dem Ziel, kritische Momente frühzeitig erkennen und auf solche gezielt intervenieren zu können.
- In der *öffentlichen Diskussion* ist aber vermehrt auch die Einsicht zu fördern, dass ein Therapieabbruch nicht a priori ein Scheitern der Bemühungen bedeutet, von einem drogenbestimmten Leben wegzukommen. Nicht alle Klienten, die ihre Therapie abbrechen, scheitern im Versuch, ihre Lebenssituation und ihr Drogengebrauchsverhalten zu verändern, und auch Klienten mit regulärem Abschluss können rückfällig werden. Es ist daher – von allen Beteiligten – vermehrt ein besonderes Augenmerk zu richten auf die Übergänge von der Behandlung zum Leben „danach“: der Rehabilitationsprozess –

durch die Intervention unterstützt und gefördert – setzt sich über die Phase der Behandlung hinaus fort und wird auch durch Faktoren aus der Zeit nach der Therapie beeinflusst.

2) Die Ergebnisse bestätigen, was bereits in zahlreichen Studien festgestellt worden war: eine gelingende Rehabilitation ist dann viel wahrscheinlicher, wenn der Aufenthalt in der Therapieeinrichtung über einen gewissen Zeitraum hin andauert. In der vorliegenden Studie hat sich ein Aufenthalt von mehr als neun Monaten als prognostisch günstig erwiesen.

- Vor diesem Hintergrund ergibt sich für alle Beteiligten die Forderung, auch angesichts des aktuellen Kostendruckes Therapiezeitverkürzungen nicht *unreflektiert* zu propagieren und durchzuführen. Vielmehr sind solche – wo realisiert – in ihren Folgen für die Rehabilitation der Klienten bzw. bestimmter Klientengruppen zu evaluieren. Und es ist nach alternativen Modellen zu suchen, in denen beispielsweise eine Verkürzung der stationären Behandlungsphase mit einem Ausbau der ambulanten Nachsorge einhergeht.

3) Die Ergebnisse weisen, in Bezug auf den erneuten Drogengebrauch nach einer stationären Behandlung, auf sehr unterschiedliche Konsummuster hin: werden erneut harte illegale Drogen konsumiert, geschieht dies nur zum Teil kontinuierlich während des gesamten Nachbefragungszeitraums. Ein Teil der erneut Konsumierenden tut dies dagegen nur phasenweise. Ebenso unterscheidet sich die Intensität erneuten Drogengebrauchs, wenn man gelegentlichen und täglichen Konsum unterscheidet.

- Für die *Forschung* stellt sich vor diesem Hintergrund vermehrt noch die Aufgabe, Verläufe von Drogenkonsummustern sowie des Ausstiegs aus dem Drogenkonsum längerfristig zu untersuchen und zu dokumentieren.
- Für die *Praxis* ist es von Bedeutung, auf einen erneuten Gebrauch von harten Drogen flexibel und differenziert reagieren zu können. Der Nachsorge, aber auch unbürokratischen Möglichkeiten der Krisenintervention oder der Wiederaufnahme einer Behandlung kommt vor diesem Hintergrund besonderes Gewicht zu.
- In der *öffentlichen Diskussion* gilt es, von einer Polarisierung zwischen Abstinenz einerseits und Rückfall andererseits abzurücken zugunsten einer differenzierteren Betrachtungsweise und auch eines umfassenderen Verständnisses von Rehabilitation. Es bleibt zu überdenken, inwiefern die Problematisierung jeglichen erneuten Drogengebrauchs als Rückfall sich infolge von Stigmatisierungs- und Ausgrenzungseffekten rehabilitationserschwerend auswirken könnte.

4) Die soziale Situation in der Nachbefragung lässt sich in den meisten der untersuchten Aspekte für eine Mehrheit der Befragten positiv bewerten, während

einzig im Bereich der Arbeitsintegration nach Austritt aus der Therapie gemäss der verwendeten (strengen) Operationalisierung nur gut ein Drittel der Befragten eine durchgehende Integration in den Arbeitsmarkt aufweist. Der Bereich der Arbeit fällt auch durch eine gewisse subjektive Unzufriedenheit auf. Zudem wird in Bezug auf positive Veränderungen der Arbeitssituation, welche aus subjektiver Sicht dennoch von zwei Fünfteln der Befragten geäussert werden, nur ein geringer Einfluss der Therapie konstatiert. Gleichzeitig rangiert eine zufriedenstellende Arbeitssituation in der individuellen Wertordnung hoch für die Aufrechterhaltung einer abstinenten Lebensweise.

- Für die *Forschung* ergibt sich vor diesem Hintergrund zunächst die Aufgabe, den Prozess der arbeitsmässigen (Re-)Integration bei (ehemaligen) Drogengebrauchenden genauer zu analysieren. Eine vertiefte Untersuchung der Möglichkeiten ehemaliger Therapieteilnehmender, nach der Behandlung eine reguläre Anstellung zu finden, scheint angezeigt. Dies mit dem Ziel, kritische Momente, Hindernisse, aber auch potentielle Ressourcen in diesem Prozess zu erkennen, um Grundlagen für eine gezieltere Intervention zu schaffen.
- Die *therapeutische Praxis* sieht sich mit der Frage konfrontiert, wie sie zum Gelingen der arbeitsmässigen Reintegration ihrer Klienten vermehrt noch beitragen könnte. Sie sieht sich gleichzeitig einer sich verschärfenden Arbeitsmarktrealität gegenüber, welche den realen Bezugsrahmen für ihre Intervention darstellt. Sie hat somit die eigenen Möglichkeiten, zur beruflichen Integration der Klienten beizutragen, realistisch einzuschätzen und ihre diesbezüglichen Zielvorgaben entsprechend den realen Gegebenheiten und Erfordernissen zu gewichten.
- In der *öffentlichen Diskussion* ist – ausgehend von der Erkenntnis, dass Arbeits- bzw. Erwerbstätigkeit in unserer Gesellschaft immer weniger für alle Mitglieder gleichermassen zur Verfügung steht – nach alternativen Modellen der Sinnggebung zu suchen. Der Arbeit kommt sowohl im Hinblick auf die soziale Identität als auch das Führen einer unabhängigen Existenz immer noch eine zentrale Bedeutung zu. Wer davon ausgeschlossen ist, hat unter den entsprechenden Konsequenzen zu leiden.

5) Die Ergebnisse zu den für die Betroffenen selbst wichtigen Motiven für den Ausstieg aus einem drogenorientierten Leben weisen auf die hohe Bedeutung der Sinnfrage hin: der Verlust der subjektiven Sinnhaftigkeit des bisherigen Lebens geht mit dem Wunsch nach einem neuen, sinnvolleren Leben einher. Dieser Wendepunkt scheint für das Reifen des Entschlusses, eine Veränderung des bisherigen Lebens aktiv anzustreben, mit entscheidend zu sein.

- Für die *Forschung* ergibt sich hieraus die Forderung, sich vermehrt den motivationalen Prozessen und der Frage nach dem subjektiven Sinn zuzuwenden.

den, welche im Prozess des Ausstiegs massgeblich scheinen. Ergänzend zu quantitativen Forschungszugängen würden sich hierzu qualitative Zugänge eignen, welche eine differenzierte Untersuchung der subjektiv relevanten, sinnstiftenden Elemente und Prozesse ermöglichen würden.

- Die *therapeutische Praxis* ist gefordert, im Therapieprozess die Frage nach dem Sinn – in dessen je subjektiver Ausgestaltung – aufzugreifen und den nötigen Raum zur Auseinandersetzung damit zu gewährleisten.
- Für die *öffentliche Diskussion* ergibt sich an dieser Stelle erneut die Forderung, sich mit der Sinnhaftigkeit, mit Modellen der Sinngebung und den vorherrschenden Werten in der heutigen Gesellschaft auseinander zu setzen. Wie am Beispiel der Arbeit festgehalten wurde, steht die Teilhabe an den in unserer Gesellschaft hoch bewerteten Gütern nicht mehr allen Mitgliedern gleichermassen offen. Gleichzeitig verschärfen sich Forderungen nach Leistung, Effizienz, Flexibilität und eigenständiger Finanzierung des Lebensunterhaltes. Im Spannungsfeld widersprüchlicher Werte und Erwartungen bedarf es der Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sinn in besonderem Ausmass.

Die Befunde dieser breit angelegten Übersichtsanalyse sollen den verschiedenen Beteiligten als Reflexionsgrundlage dienen. Die daraus erwachsenden neuen Fragen gezielt aufzugreifen und zu untersuchen, bleibt der Zukunft vorbehalten.

Anhang

- A1 Literaturverzeichnis
- A2 Tabellenverzeichnis
- A3 Anhang zu den Kapiteln 4.1 und 4.2: Diverse Unterlagen zum „Tracking“
- A4 Anhang zu Kapitel 4.4: Übersicht zu den Operationalisierungen
- A5 Anhang zu Kapitel 5.5: Rotated factor matrixes
- A6 Fragebogen zur Verlaufsdokumentation nach Austritt aus der stationären Therapie (Version N1.0; inkl. Gesundheitsfragebogen)

A1 Literaturverzeichnis

Battjes, R. J., Onken, L. S., & Delany, P. J. (1999). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement: Report of a Meeting on Treatment Readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.

Becker, H. S. (1981). *Aussenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankfurt am Main.

Berger, H., Reuband, K. H. & Widlitzek, U. (1980). *Wege in die Heroinabhängigkeit: Zur Entwicklung abweichender Karrieren*. München: Juventa.

Biernacki, P. (1986). *Pathways from Heroin Addiction. Recovery without Treatment*. Philadelphia: Temple University Press.

Binder, J. (1979). Multidimensionale Analyse von kategorialen Daten: Log-lineare Modelle. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*(5), 365-380.

Bishop, Y. M. M., Fienberg, S., & Holland, P. W. (1995). *Discrete Multivariate Analysis. Theory and Practice*. (12 ed.). Cambridge MA and London GB: The MIT Press.

Bleiberg, J. L., Devlin, P., Croan, J., & Briscoe, R. (1994). Relationship between treatment length and outcome in a Therapeutic Community. *International Journal of the Addictions*, 39(6), 729-740.

Blomqvist, J. (1996). Paths to Recovery from Substance Misuse: Change of Lifestyle and the Role of Treatment. *Substance Use & Misuse*, 31(13), 1807-1852.

Bohnert, W., Groenemeyer, A., Raschke, P., & Schliehe, F. (Eds.). (1988). *Lebenspraxis und Unterstützungsnetze von Drogenkonsumenten: Abschlussbericht zum Forschungsprojekt 'Therapieerfolg und Nachsorge am Beispiel der Therapieeinrichtungen für Drogenkonsumenten in Hamm'*. Niederkassel: Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (4. vollständig überarbeitete Auflage ed.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1), 73-92.

Broekart, E., Raes, V., & Soye, V. (Eds.). (1997). *Research developments in Therapeutic Communities*. Merelbeke.

Brünger, M. (1998). *Reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigung in der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen*. Aachen: Shaker.

- Bühringer, G. (1991). Therapie von Drogenabhängigen unter Bedingungen äusseren Zwangs. In R. Egg (Ed.), *Brennpunkte der Rechtspsychologie: Polizei, Justiz, Drogen* (pp. 119-137). Bonn: Forum-Verl. Godesberg.
- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., Negrete, J. C., & Gill, K. J. (1998). The Impact of Depression on the Outcome of Addictions Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 123-130.
- Condelli, W. S. (1994). Domains of variables for understanding and improving retention in therapeutic communities. *International Journal of the Addictions*, 29(5), 593-607.
- Condelli, W. S., & Hubbard, R. L. (1994). Relationship Between Time Spent in Treatment and Client Outcomes From Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(1), 25-33.
- De Leon, G. (1994). Therapeutic Communities. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment* (pp. 391-414). Washington: American Psychiatric Press.
- De Leon, G. (1997). *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Westport: Praeger.
- De Leon, G., & Schwartz, S. T. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates? *American Journal of Drug and alcohol abuse*, 10(2), 267-284.
- DIMDI, (1994). *ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. (Version 1.0, Stand August 1994 ed.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Dobler-Mikola, A. (1996). Wie gross ist der kleine Unterschied in der Therapie? Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Eintritt in eine therapeutische Gemeinschaft und ein Jahr nach dem Austritt. In I. Vogt & K. Winkler (Eds.), *Beratung süchtiger Frauen: Konzepte und Methoden* (pp. 52-78). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Dobler-Mikola, A. (1998). Was wir vom Schweizer Heroinabgabeprogramm lernen können. In L. g. d. S. f. r. S. Holstein (Ed.), *Schwerstabhängig!!?* (pp. 9-23). Kiel.
- Dobler-Mikola, A. (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen: Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroинunterstützten Behandlung*. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde, Universität Zürich, Zürich.
- Dobler-Mikola, A., Grichting, E., & Reichlin, M. (1997). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1996: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik der Koordinationsstelle des FOS* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 37). Zürich.

Dobler-Mikola, A., Schaaf, S., & Uchtenhagen, A. (1994). *Drogenabhängige in stationärer Behandlung: Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation. Studie im Auftrag des BAG* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 3 8033 (BAG)). Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Dobler-Mikola, A., Wettach, R. H. U., & Uchtenhagen, A. (1998). *Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger: Synthesenbericht* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 59). Zürich.

Domenig, D., Salis Gross, C., Wicker, H.-R., & Rihs-Middel, M. (1998). *Vorstudie Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft*. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Dorsch, F., Häcker, H., & Stapf, K. H. (Eds.). (1987). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.

Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter (Ed.). (1997). *Leitfaden für die Bearbeitung von Personendaten im medizinischen Bereich*. Bern: EDMZ.

Ernst, M.-L., Rottenmanner, I., & Spreyermann, C. (1995). *Frauen Sucht Perspektiven: Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit*. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen.

Finn, P. (1994). Addressing the Needs of Cultural Minorities in Drug Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(4), 325-337.

Franssen, A. (1993). Behandlung ethnischer Minderheiten in TWG-Modellen in Holland. In R. Bess & H. Brömer (Eds.), *Sucht ohne Grenzen?* (pp. 307-310). München: Röttger.

French, M. T., Zarkin, G. A., Hubbard, R. L., & Rachal, J. V. (1993). The Effects of Time in Drug Abuse Treatment and Employment on Posttreatment Drug Use and Criminal Activity. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 19(1), 19-33.

Gaitanides, S. (1998). Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (Vol. 41, pp. 62-76). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Gerstein, D. R. (1994). Outcome Research: Drug Abuse. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment* (pp. 45-66). Washington: American Psychiatric Press.

Gossop, M. (1998). *NTORS at One Year. The National Treatment Outcome Research Study*. London: Department of Health.

Gossop, M., Marsden, J., Steart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A., & Segar, G. (1997). The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six-Month Follow-Up Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 324-337.

Griching, E., Dobler-Mikola, A., & Reichlin, M. (1998). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1997: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 56). Zürich.

Griching, E., Dobler-Mikola, A., & Reichlin, M. (1999). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1998: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 76). Zürich.

Groenemeyer, A. (1990). *Drogenkarriere und Sozialpolitik: Entwicklungsbedingungen der Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Intervention durch stationäre Behandlung*. (Vol. 16). Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.

Hanel, E. (1990). Haben Frauen schlechtere Chancen? Verlauf und Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. In D. H. g. d. Suchtgefahren (Ed.), *Abhängigkeiten bei Frauen und Männern* . Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Hanke, P. J., & Faupel, C. E. (1993). Women Opiate Users' Perception of Treatment Services in New York City. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 513-522.

Herbst, K. (1992). Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung. *Sucht*, 38(3), 147-154.

Herbst, K., Hanel, E., & Haderstorfer, B. (1989). Rückfallgeschehen bei stationär behandelten Drogenabhängigen. In H. Watzl & R. Cohen (Eds.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe* (pp. 139-148). Berlin: Springer.

Hiller, M. L., Knight, K., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (1998). Legal Pressure and Treatment Retention in a National Sample of Long-Term Residential Programs. *Criminal Justice and Behavior*, 25(4), 463-481.

Hoffmann, N. G., & Miller, N. S. (1993). Perspectives of Effective Treatment for Alcohol and Drug Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 127-140.

Hser, Y.-I., Anglin, M. D., & Fletcher, B. (1998). Comparative Treatment Effectiveness: Effects of Program Modality and client Drug Dependence History on Drug Use Reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 513-523.

Hser, Y.-I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M. L. (1997). Drug Treatment Careers: A Conceptual Framework and Existing Research Findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558.

Huck, W. (1996). Besonderheiten und Probleme in der Behandlung ausländischer jugendlicher Drogenabhängiger. *psychosozial*, 19(1), 37-42.

Kahlert, D. (1997). Stationäre Drogentherapie. In H. Bossong, J. Götz, & H. Stöver (Eds.), *Leitfaden Drogentherapie* (pp. 178-199). Frankfurt am Main.

Khantzian, E. J. (1996). Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen. In M. Krausz & C. Haasen (Eds.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 45-58). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kindermann, S. (1992). Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Drogengebrauch. In R. Sickinger, W. Kindermann, S. Kindermann, R. Lind-Krämer, & A. Timper-Nittel (Eds.), *Wege aus der Drogenabhängigkeit: Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche* (pp. 103-148). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Klär, I. I. (1995). *Drogenkarrieren in lebenslaufanalytischer Perspektive* (vorläufiger Abschlussbericht). Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.

Kline, A. (1997). Profiles of Criminal-Justice clients in Drug Treatment: Implications for Intervention. *Addictive Behaviors*, 22(2), 263-268.

Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.

Klingemann, H. (1998). Drogenpolitik und Drogenbehandlung - 'Sonderfall Schweiz'? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21(2/3), 19-37.

KOFOS. (1995). *Therapie nach Mass? V. Symposium des Forschungsverbundes therapeutischer Gemeinschaften* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 5). Zürich.

KOFOS. (1996). *Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 16). Zürich.

Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. *abhängigkeiten*, 5(1), 24-45.

Krappmann, L. (1978). *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen*. Stuttgart: Verlagsgemeinschaft Ernst Klett - J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

Krausz, M., & Degkwitz, P. (1996). Langzeitperspektiven und verlaufsbeeinflussende Faktoren süchtigen Verhaltens. In M. Krausz & P. Degkwitz (Eds.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 9-44). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Ladewig, D., & Graw, P. (1982). Therapeutische Erfahrungen und Prognose bei Heroinabhängigkeit. *Therapeutische Umschau*, 39, 586-593.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.

McCusker, J., Bigelow, C., Frost, R., Garfield, F., Hindin, R., Vickers-Lahti, M., & Lewis, B. (1997). The Effects of Planned Duration of Residential Drug Abuse Treatment on Recovery and HIV Risk Behavior. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1637-1644.

McCusker, J., Stoddard, A., Frost, R., & Zorn, M. (1996). Planned Versus Actual Duration of Drug Abuse Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(8), 482-489.

- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Cacciola, J., Metzger, D., & O'Brien, C., B. (1992). A New Measure of Substance Abuse Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 101-110.
- Miller, N. S., & Hoffmann, N. G. (1995). Addictions Treatment Outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(2), 41-55.
- Moos, R. H. (1998). Understanding the Quality and Outcome of Treatment. *Substance use & Misuse*, 33(14), 2789-2794.
- Norusis, M. (1994). *SPSS, Advanced Statistics 6.1*. Chicago: SPSS Inc.
- Pavlovic, G. (1990). Suchterkrankungen bei Ausländern - Eine Problemanzeige. In U. Jungeblodt (Ed.), *Suchtkranke am Rande* (pp. 143-157). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Platt, J. J. (1995a). *Heroin Addiction: Theory, Research, and Treatment: The Addict, the Treatment Process, and Social Control*. (Vol. 2). Malabar: Krieger.
- Platt, J. J. (1995b). *Heroin Addiction: Theory, Research, and Treatment: Treatment Advances and AIDS*. (Vol. 3). Malabar: Krieger.
- Platt, J. J. (1995c). Vocational Rehabilitation of Drug Abusers. *Psychological Bulletin*, 117(3), 416-433.
- Powell, J., Dawe, S., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J., & Gray, J. (1993). Can Opiate Addicts Tell Us About Their Relapse Risk? Subjective Predictors of Clinical Prognosis. *Addictive Behaviors*, 18, 473-490.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Raschke, P. (1996). Erfolgsmessung von Langzeitverläufen zwischen Artefakt und Prophezie. In M. Krausz & C. Haasen (Eds.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 151-158). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Raschke, P., & Rometsch, W. (1987). Ausgewählte Ergebnisse einer Zwölfjahresstudie behandelter Drogenkonsumenten. In D. Kleiner (Ed.), *Langzeitverläufe bei Suchtkranken* (pp. 179-196). Berlin: Springer.
- Raschke, P., & Schliehe, F. (Eds.). (1985). *Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten: Langzeitstudie am Beispiel des "Hammer Models"*. Düsseldorf: Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1994). Self-Reported Depression as a Predictor of Dropout in a Hierarchical Therapeutic Community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(5), 471-479.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1998). Psychopathology, Treatment Completion and 5 Years Outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 135-142.

Roch, I., Küfner, H., Bähmer, M., & Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, 38, 304-322.

Schaaf, S. (1996). Erfahrungen in der Therapie und Veränderungen der Lebenssituation. In KOFOS (Ed.), *Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie 29. Juni 1995* (pp. 27-38). Zürich: Institut für Suchtforschung.

Schaaf, S. (2000). Stationäre Suchttherapie von Opiatabhängigen am Beispiel der Schweiz. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Eds.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (pp. 299-309). München: Urban & Fischer.

Schaaf, S., & Dobler-Mikola, A. (1995). Evaluation im Suchtbereich - Bedenken und Bedürfnisse in Entzug und Therapie. *Drogenmagazin*, 21, 28-34.

Schaaf, S., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (1997). *Entwicklung eines modularen Erfassungssystems zur Typisierung von Behandlungsansätzen für Drogenabhängige: Schlussbericht* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 41). Zürich.

Schlömer, H. (1986). Hilfestellung für qualifizierte Therapieevaluation oder Wegbereitung für ein Mehr an staatlicher Kontrolle? Die Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 9(1-2), 91-97.

Schmid, M. (1998). Ausländische Drogenabhängige und Zugänge zum Hilfesystem. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (Vol. 41, pp. 77-91). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Sheehan, M., Oppenheimer, E., & Taylor, C. (1993). Opiate users and the first years after treatment: outcome analysis of the proportion of follow up time spent in abstinence. *Addiction*, 88, 1679-1689.

Shwartz, M., Mulvey, K. P., Woods, D., Brannigan, P., & Plough, A. (1997). Length of Stay as an Outcome in an Era of Managed Care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(1), 11-18.

Sickinger, R. (1992). Wege aus der Drogenabhängigkeit. In R. Sickinger, W. Kindermann, S. Kindermann, R. Lind-Krämer, & A. Timper-Nittel (Eds.), *Wege aus der Drogenabhängigkeit: Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche* (pp. 39-102). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Sickinger, R. (1994). *Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit: wer und was geholfen hat, drogenfrei zu werden und zu bleiben*. Freiburg (Breisgau): Lambertus.

Sickinger, R., & Kindermann, W. (1992a). Der Entwicklungsverlauf der 324 Drogenabhängigen vier Jahre nach dem ersten 'Amsel'-Interview. In R. Sickinger, W. Kindermann, S. Kindermann, R. Lind-Krämer, & A. Timper-Nittel (Eds.), *Wege aus der Drogenabhängigkeit: Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche* (pp. 13-38). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Sickinger, R., & Kindermann, W. (1992b). Therapie, Strafe und der Ausstiegsprozess. In R. Sickinger, W. Kindermann, S. Kindermann, R. Lind-Krämer, & A. Timper-Nittel (Eds.), *Wege aus der Drogenabhängigkeit: Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche* (pp. 149-185). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Silbereisen, R. K., & Kastner, P. (1987). Jugend und Problemverhalten - Entwicklungspsychologische Perspektiven. In R. Oerter & L. Montada (Eds.), *Entwicklungspsychologie* (2 ed., pp. 883-919). München-Weinheim.
- Simpson, D. D. (1998). *Elements of Effective Drug Abuse Treatment*. Fort Worth: Institute for Behavioral Research.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997a). Program Diversity and Treatment Retention Rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997b). Treatment Retention and Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 294-307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997c). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Stephens, R. S., Curtin, L., Simpson, E. E., & Roffman, R. A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19(1), 23-32.
- Toumbourou, J., & Hamilton, M. (1993). Perceived client and program moderators of successful therapeutic community treatment for drug addiction. *International Journal of the Addictions*, 28(11), 1127-1146.
- Uchtenhagen, A. (1992a). Erkenntnisse aus einigen Behandlungsansätzen und Behandlungserfahrungen. In W. Böker & J. Nelles (Eds.), *Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge* (2 ed., pp. 221-232). Bern: Haupt.
- Uchtenhagen, A. (1992b). Suchtrisiko und Suchtbehandlung in der Schweiz: Veränderungen und regionale Unterschiede. In W. Böker & J. Nelles (Eds.), *Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge* (2 ed., pp. 201-222). Bern: Haupt.
- Uchtenhagen, A. (2000). Auswertung und Resultate therapeutischer Interventionen. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Eds.), *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (pp. 423-433). München: Urban & Fischer.
- Uchtenhagen, A., & Zimmer Höfler, D. (1985). *Heroinabhängige und ihre "normalen" Altersgenossen*. Bern: Haupt.
- Uchtenhagen, A., Zimmer Höfler, D., & Dobler-Mikola, A. (1993). *Psychosoziale Aspekte der HIV-Infektion bei Heroinabhängigen* (Studie im Rahmen des NFP Nr. 26, Teil C). Zürich.

Uchtenhagen, A., & Zimmer-Höfler, D. (1987). *Psychosocial development following therapeutic and legal interventions in opiate dependence, a swiss national study* (Forschungsinformation aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Serie E, Nr. 9). Zürich.

Vaillant, G. E. (1989). Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen? In H. Watzl & R. Cohen (Eds.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe* (pp. 29-52). Berlin: Springer.

Waldorf, D., & Biernacki, P. (1981). The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, 9(1), 282-289.

Walton, M. A., Castro, F. G., & Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331.

Watermann, U., Degkwitz, P., Vertheim, U., & Krausz, M. (1996). Langzeitheroinabhängigkeit - soziale Lage, Konsumverhalten und Therapieerfahrung im Verlauf. In M. Krausz & C. Haasen (Eds.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 197-218). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Weisz, C. (1996). Social Identities and Response to Treatment for Alcohol and Cocaine Abuse. *Addictive Behaviors*, 21(4), 445-458.

Westermeyer, J. (1989). Nontreatment factors effecting treatment outcome in substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(1), 13-29.

Wettach, R. H. U. (1998). *Zum Rehabilitationsstatus nach einer stationären Drogentherapie: Der Einfluss von Austrittsmodus, Aufenthaltsdauer und ausgewählten Klientelmerkmalen*. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Zürich.

Wettach, R. H. U., & Dobler-Mikola, A. (1994). Zur Bedeutung der lebensgeschichtlichen Ressourcen für den Rehabilitationserfolg von Drogenabhängigen nach einem stationären Therapieaufenthalt. *Suchtprobleme und Sozialarbeit*, 4, 148-157.

Wettach, R. H. U., Frei, A., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (2000). *Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (QUAFOS)* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 110). Zürich.

Wicki, W., Shantinath, S., & Streuli, E. (1999). *Monitoringbericht. Problemmonitoring betreffend Suchtprävention im Kanton Bern* (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 97). Zürich.

Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin Narcotics*, 14, 1-7.

Zemlin, U., Herder, F., & Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? - Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *SUCHT AKTUELL, Sonderdruck*(2), 1-18.

Zimmer-Höfler, D., & Uchtenhagen, A. (1990). *Forschen nach Mass: Die Verbundforschung therapeutischer Einrichtungen* (Forschungsinformation aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Serie B, Nr. 11). Zürich.

A2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Durchgeführte Interviews.....	66
Tabelle 2	Klassifikation der Wohnsituation beim Eintritt (Cluster Centers).....	75
Tabelle 3	Klassifikation der Arbeitssituation beim Eintritt (Cluster Centers).....	76
Tabelle 4	Klassifikation der finanziellen Abhängigkeiten beim Eintritt (Cluster Centers).....	77
Tabelle 5	Klassifikation der Verankerung in drogenbenützenden Kreisen beim Eintritt (Cluster Centers).....	79
Tabelle 6	Klassifikation der Verurteilungen in der Biographie (Cluster Centers).....	80
Tabelle 7	Klassifikation der Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt (Cluster Centers).....	81
Tabelle 8	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt bei den Altersgruppen der 17-26- Jährigen / 27-44-Jährigen (Mehrfachnennungen möglich).....	83
Tabelle 9	Finanzielle Situation beim Eintritt bei den Altersgruppen der 17-26-Jährigen / 27-44-Jährigen.....	84
Tabelle 10	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt bei Männern und Frauen (Mehrfachnennungen möglich).....	84
Tabelle 11	Finanzielle Situation beim Eintritt bei Männern und Frauen.....	84
Tabelle 12	Soziale Desintegration und Marginalisierung beim Eintritt bei den 17-26- Jährigen/ 27-44-Jährigen (Mehrfachnennungen möglich).....	85
Tabelle 13	Soziale Desintegration und Marginalisierung beim Eintritt bei Männern und Frauen (Mehrfachnennungen möglich).....	86
Tabelle 14	Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige und Konsumverhalten beim Eintritt	86
Tabelle 15	Geschlecht und Konsumverhalten beim Eintritt.....	87
Tabelle 16	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Nationalität (Mehrfachnennungen möglich).....	89
Tabelle 17	Finanzielle Situation beim Eintritt und Nationalität.....	89
Tabelle 18	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (Mehrfachnennungen möglich).....	89
Tabelle 19	Finanzielle Situation beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie.....	90
Tabelle 20	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (Mehrfachnennungen möglich).....	90
Tabelle 21	Finanzielle Situation beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos.....	91
Tabelle 22	Soziale Desintegration / Marginalisierung beim Eintritt und Nationalität (Mehrfachnennungen möglich).....	91
Tabelle 23	Soziale Desintegration / Marginalisierung beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie (Mehrfachnennungen möglich).....	92

Tabelle 24	Soziale Desintegration / Marginalisierung beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos (Mehrfachnennungen möglich).....	93
Tabelle 25	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Nationalität.....	93
Tabelle 26	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und schweizerisch/ausländische Herkunftsfamilie.....	94
Tabelle 27	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos.....	94
Tabelle 28	Wohn- und Arbeitssituation und Freiwilligkeit des Eintrittes (Mehrfachnennungen möglich).....	96
Tabelle 29	Finanzielle Situation und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	96
Tabelle 30	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich).....	97
Tabelle 31	Finanzielle Situation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	97
Tabelle 32	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich).....	98
Tabelle 33	Finanzielle Situation beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	98
Tabelle 34	Wohn- und Arbeitssituation beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie (Mehrfachnennungen möglich).....	99
Tabelle 35	Finanzielle Situation beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie.....	99
Tabelle 36	Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Freiwilligkeit des Eintrittes (Mehrfachnennungen möglich).....	100
Tabelle 37	Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich).....	100
Tabelle 38	Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off) (Mehrfachnennungen möglich).....	101
Tabelle 39	Verankerung in drogenbenützenden Kreisen / Marginalisierung beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie (Mehrfachnennungen möglich).....	101
Tabelle 40	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	102
Tabelle 41	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	102
Tabelle 42	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	103
Tabelle 43	Muster des Drogengebrauchs beim Eintritt und Art des Austrittes aus der Therapie.....	103
Tabelle 44	Soziodemographische Merkmale (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich).....	105
Tabelle 45	Nationalität (bei Erreichten / Nichterreichten).....	106

Tabelle 46	Merkmale der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich).....	106
Tabelle 47	Wohn- und Arbeitssituation (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich).....	107
Tabelle 48	Finanzielle Situation (bei Erreichten / Nichterreichten).....	107
Tabelle 49	Soziale Desintegration und Marginalisierung (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich).....	108
Tabelle 50	Muster des Drogengebrauchs (bei Erreichten / Nichterreichten).....	109
Tabelle 51	Freiwilligkeit des Eintrittes (bei Erreichten / Nichterreichten).....	109
Tabelle 52	Aufenthaltsdauer 6 bzw. 9 Monate (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich).....	109
Tabelle 53	Art des Austrittes aus der Therapie (bei Erreichten / Nichterreichten) (Mehrfachnennungen möglich).....	110
Tabelle 54	Soziodemographische Merkmale (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich).....	111
Tabelle 55	Nationalität (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte).....	112
Tabelle 56	Merkmale der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich).....	112
Tabelle 57	Wohn- und Arbeitssituation (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich).....	113
Tabelle 58	Finanzielle Situation (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte).....	113
Tabelle 59	Soziale Desintegration und Marginalisierung (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich).....	114
Tabelle 60	Muster des Drogengebrauchs (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte).....	114
Tabelle 61	Freiwilligkeit des Eintrittes (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte).....	115
Tabelle 62	Aufenthaltsdauer 6 bzw. 9 Monate (Erreichte / Nichterreichte, nur irreguläre Austritte) (Mehrfachnennungen möglich).....	115
Tabelle 63	Soziodemographische Merkmale (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich).....	116
Tabelle 64	Nationalität (Todesfälle / restliche Stichprobe).....	116
Tabelle 65	Merkmale der Integration der Eltern in die schweizerische Kultur (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich).....	117
Tabelle 66	Wohn- und Arbeitssituation (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich).....	117
Tabelle 67	Finanzielle Situation (Todesfälle / restliche Stichprobe).....	118
Tabelle 68	Soziale Desintegration und Marginalisierung (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich).....	118
Tabelle 69	Muster des Drogengebrauchs (Todesfälle / restliche Stichprobe).....	119
Tabelle 70	Freiwilligkeit des Eintrittes (Todesfälle / restliche Stichprobe).....	119
Tabelle 71	Aufenthaltsdauer 6 bzw. 9 Monate (Todesfälle / restliche Stichprobe) (Mehrfachnennungen möglich).....	120

Tabelle 72	Art des Austrittes aus der Therapie (Todesfälle / restliche Stichprobe).....	120
Tabelle 73	Klassifikation der Wohnsituation seit Austritt (Cluster Centers).....	122
Tabelle 74	Klassifikation der Arbeitssituation seit Austritt (Cluster Centers).....	123
Tabelle 75	Klassifikation der finanziellen Abhängigkeiten seit Austritt (Cluster Centers).....	124
Tabelle 76	Klassifikation der Verankerung in drogenbenützenden Kreisen seit Austritt (Cluster Centers).....	125
Tabelle 77	Klassifikation der Verurteilungen seit Austritt (Cluster Centers).....	126
Tabelle 78	Muster des Drogengebrauchs seit Austritt.....	127
Tabelle 79	Verteilung des gelegentlichen und täglichen Gebrauchs von Heroin und Kokain bei Konsum während einer, zwei oder drei Beobachtungsperioden.....	128
Tabelle 80	Mindestens gelegentlicher Konsum von harten Drogen seit Austritt und Anzahl tägliche Konsumphasen.....	130
Tabelle 81	Wohnsituation der Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige.....	132
Tabelle 82	Wohnsituation bei Männern und Frauen.....	133
Tabelle 83	Arbeitssituation der Altersgruppen 17-26-Jährige/ 27-44-Jährige.....	133
Tabelle 84	Arbeitssituation bei Männern und Frauen.....	134
Tabelle 85	Finanzielle Situation der Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige.....	134
Tabelle 86	Finanzielle Situation bei Männern und Frauen.....	135
Tabelle 87	Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen der Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44-Jährige.....	135
Tabelle 88	Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen bei Männern und Frauen.....	136
Tabelle 89	Verurteilungen seit Austritt bei den Altersgruppen 17-26-Jährige / 27-44- Jährige.....	136
Tabelle 90	Verurteilungen seit Austritt bei Männern und Frauen.....	136
Tabelle 91	Drogengebrauch der Altersgruppen 17-26-Jährige/ 27-44-Jährige.....	137
Tabelle 92	Drogengebrauch bei Männern und Frauen.....	137
Tabelle 93	Wohnsituation und Nationalität.....	139
Tabelle 94	Wohnsituation und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie.....	140
Tabelle 95	Wohnsituation und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht müheles.....	140
Tabelle 96	Arbeitssituation und Nationalität.....	141
Tabelle 97	Arbeitssituation und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie.....	141
Tabelle 98	Arbeitssituation und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht müheles.....	142
Tabelle 99	Finanzielle Situation und Nationalität.....	142
Tabelle 100	Finanzielle Situation und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie.....	143
Tabelle 101	Finanzielle Situation und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht müheles.....	143
Tabelle 102	Kontakte zu drogenbenützenden Personen sowie Verurteilungen seit Austritt und Nationalität.....	144
Tabelle 103	Kontakte zu drogenbenützenden Personen, sowie Verurteilungen seit Austritt und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie.....	144

Tabelle 104	Kontakte zu drogenbenützenden Personen, sowie Verurteilungen nach Austritt und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos	145
Tabelle 105	Drogengebrauch und Nationalität.....	146
Tabelle 106	Drogengebrauch und schweizerisch/ ausländische Herkunftsfamilie.....	146
Tabelle 107	Drogengebrauch und mindestens ein Elternteil beherrscht Landessprache nicht mühelos.....	147
Tabelle 108	Wohnsituation und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	149
Tabelle 109	Wohnsituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	149
Tabelle 110	Wohnsituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	150
Tabelle 111	Wohnsituation und Art des Austrittes aus der Therapie.....	150
Tabelle 112	Arbeitssituation und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	151
Tabelle 113	Arbeitssituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	151
Tabelle 114	Arbeitssituation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	152
Tabelle 115	Arbeitssituation und Art des Austrittes aus der Therapie.....	152
Tabelle 116	Finanzielle Situation und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	153
Tabelle 117	Finanzielle Situation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	153
Tabelle 118	Finanzielle Situation und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	154
Tabelle 119	Finanzielle Situation und Art des Austrittes aus der Therapie.....	154
Tabelle 120	Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	155
Tabelle 121	Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	155
Tabelle 122	Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	156
Tabelle 123	Kontakte zu drogenbenützenden Kreisen und Art des Austrittes aus der Therapie.....	156
Tabelle 124	Verurteilungen seit Austritt und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	157
Tabelle 125	Verurteilungen seit Austritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off).....	157
Tabelle 126	Verurteilungen seit Austritt und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off).....	157
Tabelle 127	Verurteilungen seit Austritt und Art des Austrittes aus der Therapie.....	158
Tabelle 128	Drogengebrauch und Freiwilligkeit des Eintrittes.....	158
Tabelle 129	Drogengebrauch und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 6-Mte-Cut-Off)	159
Tabelle 130	Drogengebrauch und Aufenthaltsdauer in Therapie (Vergleich mit 9-Mte-Cut-Off)	160
Tabelle 131	Drogengebrauch und Art des Austrittes aus der Therapie.....	160
Tabelle 132	Wohnsituation in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c).....	164

Tabelle 133	Arbeitsintegration in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c).....	166
Tabelle 134	Finanzielle Abhängigkeiten in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c).....	168
Tabelle 135	Verankerung innerhalb drogenbenützender Kreise in der Nachbefragung (a) und Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c).....	171
Tabelle 136	Verurteilungen in der Nachbefragung und bei Eintritt für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse.....	173
Tabelle 137	Muster des Drogengebrauches in der Nachbefragung (a) und bei Eintritt (b) für reguläre und irreguläre Therapieabschlüsse (c).....	176
Tabelle 138	Subjektive Gründe für den Wiederkonsum von illegalen harten Drogen.....	179
Tabelle 139	Faktorenladungen zu den subjektiven Gründen für den Rückfall.....	180
Tabelle 140	Subjektive Gründe für das Leben ohne Drogen.....	182
Tabelle 141	Faktorenladungen zu den subjektiven Gründen für das Leben ohne Drogen.....	183
Tabelle 142	Subjektive Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung.....	187
Tabelle 143	Faktorenladungen zur Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung.....	188
Tabelle 144	Stärke der Veränderung.....	189
Tabelle 145	Faktorenladungen zur Stärke der Veränderungen.....	191
Tabelle 146	Einfluss der Therapie bezüglich positiver Veränderungen.....	192
Tabelle 147	Einfluss der Therapie insgesamt auf erlebte Veränderungen.....	193
Tabelle 148	Persönliche Bedeutung verschiedener Therapieerfahrungen.....	194
Tabelle 149	Faktorenladungen zur Bedeutung von Therapieerfahrungen.....	195
Tabelle 150	Erfahrungen in der Therapie (I).....	196
Tabelle 151	Faktorenladungen zu den Erfahrungen in der Therapie (I).....	197
Tabelle 152	Erfahrungen in der Therapie (II).....	198
Tabelle 153	Faktorenladungen zu Erfahrungen in der Therapie (II).....	199
Tabelle 154	Erfahrungen in der Aussenwohngruppe (I).....	200
Tabelle 155	Erfahrungen in der Aussenwohngruppe (II).....	201

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Überblick zur Anzahl der nachbefragten / nicht nachbefragten Personen.....	64
-------------	--	----

A3 Anhang zu den Kapiteln 4.1 und 4.2:

Diverse Unterlagen zum „Tracking“

- Brief der Ethikkommission vom 26. Mai 1998 bezüglich „Nachbefragung stationäre Suchttherapie“
- Muster „Trackingblatt“
- Schematisiertes „Vorgehen bei der Kontaktaufnahme“
- Musterbrief zur Kontaktierung der Befragungsteilnehmenden
- Muster der Einverständniserklärung „Befragung im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS) – Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Einverständniserklärung“



Ethikkommission

Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstr. 31
8029 Zürich

Tel. 01/3842612 (Sekretariat Fr. V. Stössel)
01/3842676 (PD Dr. H.-J. Haug)
Fax 01/3842506
E-Mail haugh@datacomm.ch

Herrn
Prof.Dr.A.Uchtenhagen
Institut für Suchtforschung
Konradstrasse 32
8005 Zürich

Zürich, 26.Mai 1998 HG/vs


Nachbefragung stationäre Suchttherapie

Sehr geehrter Herr Uchtenhagen

Vielen Dank für Ihren Brief vom 19.5.98 mit den ergänzenden Unterlagen zu Ihrem obgenannten Projektantrag.

Nach Prüfung der Beilagen habe ich, wie mit der Ethikkommission vereinbart, im Präsidialentscheid Ihr Projekt genehmigt. Ich bitte Sie, der Ethikkommission bis zum 20.5.99 einen kurzen Zwischen- oder Abschlussbericht zum Verlauf der Studie und den wesentlichen Ergebnissen einzureichen. Ich bitte Sie auch, wesentliche Veränderungen im Verlauf der Studie der Ethikkommission umgehend mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen und den besten Wünschen für ein Gelingen Ihres Projektes


PD Dr. Hans Joachim Haug
Präsident d. Ethikkommission

TRACKINGBLATT

institution

Aufenthaltstage

PBNR

STAMMNR

ID_Nr

eintritt

austritt

erste NB fällig

Name _____

Geschlecht _____

Vorname _____

Zivilstand _____

Geb.datum

Pb Anschrift

Strasse/nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Elternadresse

Name _____

Strasse/nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Weitere Kontaktadressen

Name _____

Strasse/nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Name _____

Strasse/nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Bemerkungen

C done

D done

Vorgehen bei der Kontaktaufnahme

Entgegennahme der aktuellen bzw. zuletzt bekannten Adresse des/r BefragungsteilnehmerIn

Per Brief an die obige Adresse:
Vorstellung als InterviewerIn, Erläuterung des Forschungsanliegens und Vorschlag zur Kontaktaufnahme

Erneuter schriftlicher Kontaktversuch durch standardisierten Nachfassbrief:

Bitte um Stellungnahme zum Interviewanliegen (evtl. mit beiliegendem Coupon), telefonische Kontaktaufnahme durch BefragungsteilnehmerIn oder konkreten Terminvorschlag (per Coupon)

Nächste Trackingrunde

Karte hinterlassen

Telefonische Kontaktaufnahme mit BefragungsteilnehmerIn
Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten verbessern die Erfolgschancen

Zugehensweise für allfällige Drittpersonen am Telefon zurechtlegen

Vereinbarung des Interviews
(Ort / Zeit / Modalitäten)
Abmachung treffen, wie Intervention bei allfälligen Änderungen stattfindet

Telefonische Kontaktaufnahme durch BefragungsteilnehmerIn

Instruktion MitarbeiterInnen FoDok bez. Beantwortung Tel.u. Weiterleitung der Infos bei Angabe der privaten Tel.Nr. andere Leute im Haushalt, die das Telefon abnehmen könnten, instruieren

Telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme durch BefragungsteilnehmerIn

Vereinbarung des Interviews
(Ort / Zeit / Modalitäten)

Persönlicher Kontaktversuch durch InterviewerIn:
Am Wohnort des(r) BefragungsteilnehmerIn vorbeigehen

Vereinbarung des Interviews
(Ort / Zeit / Modalitäten)
oder Durchführung Interview

c/o ISF
Konradstr. 32
8005 Zürich

Telefon

Natel
Priv.

ISF 01 273 50 25

Zürich,

Mein Name ist _____ Ich bin Mitarbeiterin einer Forschungsgruppe und arbeite gegenwärtig in der Nachbefragung ehemaliger Bewohner und Bewohnerinnen verschiedener therapeutischen Einrichtungen.

Vielleicht können Sie Sich noch daran erinnern, dass Sie beim Eintritt in den _____ an einer ersten Befragung teilgenommen haben. Nun geht es darum, eine Nachbefragung durchzuführen, die sich damit befasst, wie Ihr Leben nach dem Austritt weitergegangen ist.

Die Befragungsreihe wird in wissenschaftlicher Hinsicht vom Forschungsverbund Stationäre Einrichtungen begleitet und es wird streng darauf geachtet, dass Angaben (z.B. Name, Adresse usw.) im Sinne des Datenschutzes geheim bleiben. Es ist ausserdem selbstverständlich, dass die persönlichen Angaben im Interviewbogen nur Forschungszwecken dienen und nicht ans _____ oder an dritte weitergegeben werden.

Ich würde gerne mit Ihnen ein Gespräch(Dauer ca. 2 Stunden) über Ihre jetzige Situation, bisherige Erfahrungen und Ihre Meinung zu bestimmten Themen führen. Wir haben schon in früheren Untersuchungen wesentliche Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit den Betroffenen gewonnen und finden, dass solche Studien für eine sinnvolle Weiterentwicklung der therapeutischen Angebote von besonderer Wichtigkeit sind. Von Ihrem Beitrag würden somit auch die jetzigen und zukünftigen BewohnerInnen therapeutischen Einrichtungen profitieren.

Demnächst werde ich versuchen, Sie telefonisch zu erreichen.
Sollten Sie telefonisch nicht erreichbar sein oder selber mit mir Kontakt aufnehmen wollen, können Sie mich unter _____ erreichen oder eine Nachricht im Forschungsinstitut (ISF) hinterlassen. Ich werde mich dann baldmöglichst mit Ihnen in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen



Institut für Suchtforschung
Konradstrasse 32
8005 Zürich
Tel. 01 / 273 40 24
Fax 01 / 273 40 64

Befragung im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS) Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Einverständniserklärung

Ziel der Befragung

Im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie werden Informationen über alle Eintritte und Austritte der teilnehmenden Einrichtungen erfasst und ausgewertet. Um mehr über das Befinden der ehemaligen Klient/innen **nach** Beendigung der Behandlung zu erfahren, sollen nun Klient/innen von ausgewählten Institutionen 18 Monate nach ihrem Austritt zu verschiedenen Lebensbereichen befragt werden.

Die wichtigsten Gründe für die Durchführung einer solchen Befragung sind:

- Die rückblickende Beurteilung der Behandlung gibt Anregungen für Verbesserungen der Therapien.
- Informationen über die Auswirkungen der stationären Therapie sind wichtig für die weitere Planung der Behandlung von Drogenabhängigen.

Diese Untersuchungen werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Inhalt der Befragung

Das Interview umfasst Fragen nach der Arbeits- und Finanzsituation, Wohnen, Herkunftsfamilie, sozialen Beziehungen, Partnerschaft, Drogenkonsum, institutionellen Kontakten, Justizproblemen sowie eine rückblickende Beurteilung der Therapie.

Datenschutz

Die Fragebogen werden von den Interviewer/innen anonymisiert und zur wissenschaftlichen Auswertung weitergeleitet. Es können keine Rückschlüsse auf die interviewte Person gemacht werden. Alle Mitarbeiter/innen unterstehen der Schweigepflicht. Die persönlichen Daten werden nicht weitergegeben, auch nicht an die Behandlungseinrichtungen. Damit wird ausgeschlossen, dass die Teilnahme an der Befragung persönliche Konsequenzen für die Interviewpartner/innen hat.

Schadloserklärung

Aus der Nicht-Teilnahme an der Befragung erwachsen den ehemaligen Klient/innen keinerlei Nachteile irgendwelcher Art. Diese Information wird vertraulich behandelt und nicht weitergegeben, auch nicht an die Behandlungseinrichtungen.

Einverständnis-Erklärung

1. Ich nehme freiwillig an dieser Befragung teil und kann das Interview jederzeit beenden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben vom Institut für Suchtforschung wissenschaftlich ausgewertet werden.
3. Ich nehme zur Kenntnis, dass alle meine Daten anonymisiert werden und keine Rückschlüsse auf meine Person zulassen. (Dies schliesst aus, dass die Beantwortung der Fragen persönliche Konsequenzen für die Teilnehmer/innen hat.)
4. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Abbruch des Interviews oder eine Nicht-Teilnahme keinerlei persönlichen Konsequenzen hat.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

A4 Anhang zum Kapitel 4.4:

Übersicht zu den Operationalisierungen

Verschiedene Variablen

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Stand der Nachbefragung	Erreichte für die Nachbefragung	stand_nb	stpnb (1='Erreichte', 2='nicht Erreichte', 3='Ausgeschlossene', 4='Verstorbene')	
Stand des Fragebogens	alte Fragebögen	keine	altFB	
Dichotomisierung des Alters	Altersgruppe 17-26-Jährige und 27-44-Jährige	e1.2r	altdich (lo thru 26=1) (27-hi=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Kurzaufenthalt in Therapie (Cut-Point 6 Monate)	Bis 6 Monate oder über 6 Monate in Therapie	a1.4	kurza (lo thru 183=1) (184 thru hi=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Kurzaufenthalt in Therapie (Cut-Point 9 Monate)	Bis 9 Monate oder über 9 Monate in Therapie	a1.4	mon9a (lo thru 270=1) (271 thru hi=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Regularität des Austrittes	regulärer oder irregulärer Austritt	a1.7	regirr (1,2=1) (3,4=2)	1=regulär, 2= irregulär
Hilfsvar. für Sprache Eltern		e6.17ak, e6.17bk	eltern	
Sprache Vater	Spricht Vater die regionalübliche Landessprache mühelos	e6.21a (1= ja, mühelos) (2=ja, mit etwas Mühe) (3=ja,nur wenig) (4=nein)	sprav (1=1) (2-5=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Sprache Mutter	Spricht Mutter die regionalübliche Landessprache mühelos	e6.21b (1= ja, mühelos) (2=ja, mit etwas Mühe) (3=ja,nur wenig) (4=nein)	spram (1=1) (2-5=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Sprache Eltern	Spricht ein Elternteil die regionalübliche Landessprache nicht mühelos	sprav, spram	sprelt	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Person ist „zwischen den Kulturen“	Person ist CH, ein Elternteil Nicht-CH	eltern, e1.7_k	onenonch	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Freiwilliger Eintritt in Therapie		e12.7	einfrei (1=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Wohnsituation letzte 12 Monate vor Eintritt*

* d.h. vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt voranging

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Integriertes Wohnen ganze/meiste Zeit	Wohnung/ Haus gemietet, Eigentumswohnung/ eigenes Haus, elterl. Wohnung/ Haus	e2.1bjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	wointm (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
....zeitweise	(id.)	e2.1bjr (id.)	wointz (3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Autonomes Wohnen ganze/meiste Zeit	Wohnung/ Haus gemietet, Eigentumswohnung/ eigenes Haus, Zimmer gemietet, ohne feste Unterkunft (Notunterkunft, Gasse)	e2.1ajr, e2.1bjr, e2.1ejr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	woautm (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
....zeitweise	(id.)	e2.1ajr, e2.1bjr, e2.1ejr (id.)	woautz (3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Wohnt mit wem?	„mit Partner ganze/ meiste Zeit“	e2.2bjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	wpartm (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	„mit Partner zeitweise“	e2.2bjr (id.)	wpartz (3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	„mit Eltern/ Verwandten ganze/ meiste Zeit“	e2.2djrk (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	weltem (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	„mit Eltern/ Verwandten zeitweise“	e2.2djrk (id.)	weltez (3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER WOHNEN	wointm, wointz, woautm, woautz, wpartm, wpartm, weltem, weltez	wo2_10 (1=desintegriertes Wohnen), (2=integriertes/ autonomes Wohnen).	wdesint, woint	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Arbeitssituation letzte 12 Monate vor Eintritt*

* d.h. vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt voranging

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Vollzeitarbeit (ab 60%) ganze/ meiste Zeit	Erwerbssituation vor dem Eintritt*	e3.3ajr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	vollm (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...teilweise	id.	id.	vollz (3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Teilzeitarbeit (bis 60%) ganze/ meiste Zeit	Erwerbssituation vor dem Eintritt*	e3.3bjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	teilm (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...teilweise	id.	id.	teilz (3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Mind. zeitweise vom Hauptberuf gelebt	Wovon in den letzten 12 Monaten vor Eintritt gelebt?	e5.2ajr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	gel_ha (1-3=1, 4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Mind. zeitweise von Gelegenheitsarbeit gelebt	id.	e5.2bjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	gel_ge (1-3=1, 4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
über 12 Mte ohne Arbeit	Wie lange ist es her, seit Sie das letzte Mal gearbeitet haben?	e3.1r (1=noch nie), (2=bis zuletzt), (3=1-3 Mte), (4=4-6 Mte), (5=7-12 Mte), (6=mehr als 12 Mte)	ohnea12 (6=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gelegenheitsarbeit ganze/ meiste Zeit	Erwerbssituation vor Eintritt	e3.3cjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	gelega (if e3.3cjr=1 or 2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Tageweise gearbeitet	Wieviele Tage haben Sie gearbeitet?	e3.2k (0=0) (1=1-60) (2=61-120) (3=121-180) (4=181-240)	arbtage (1=1-4) (0=2)	1= tageweise gearbeitet, 2= nicht tageweise gearbeitet
CLUSTER ARBEIT	vollm, vollz, teilm, teilz, gel_ha, gel_ge, ohnea12, gelega, arbtage	arb2_10 (1=mit einem Fuss in der Arbeitswelt), (2=ausserhalb des Arbeitsmarktes)	arbint, arbdes	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Finanzielle Situation in den letzten 12 Monaten vor Eintritt*

**d.h. vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt voranging*

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Unterstützung durch Familie mind. zeitweise	Wovon haben Sie in den 12 Monaten vor Eintritt gelebt?	e5.2cjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finfam (1=1-3) (2=4)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Unterstützung durch Partner mind. zeitweise	id.	e5.2djr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finpart (1=1-3) (2=4)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Unterstützung durch Bekannte mind. zeitweise	id.	e5.2gjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finbek (1=1-3) (2=4)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Unterstützung durch Sozialamt mind. zeitweise	id.	e5.2jjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finsoz (1=1-3) (2=4)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Unterstützung durch Arbeitslosenamt mind. zeitweise	id.	e5.2kjr (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	final (1=1-3) (2=4)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Finanzen	finfam, finpart, finbek, finsoz, final	fin3_9 (1=finanziell autonom), (2=unterstützt von Sozialamt) (3=private Unterstützung)	fclau, fclso, fclpr	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Subkulturelle Verankerung in den letzten 12 Monaten vor Eintritt*

**d.h. vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt voranging*

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Häufigkeit der Kontakte zu drogenbenutzenden Personen	viele Kontakte	e8.1cjr (1=prakt. täglich) (2=mehrmals wöchentlich) (3=ca. 1 mal pro Woche) (4=2-3 mal monatlich) (5=ca. 1 mal pro Mt) (6=seltener) (7=nie) (8=weiss nicht) (9=keine Antwort)	e8.1cjr (1,2=1) (3-7=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	oft Kontakte	id	e8.1cjro (3-5=1) (1,2,6,7=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Partner konsumiert folgende Drogen:	Partner konsumiert harte Drogen	e7.3at (1=nein) (2=gelegentlich) (3=täglich) (4=weiss nicht)	parthd (2,3=1) (1=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Partner konsumiert weiche Drogen	e7.3bt (1=nein) (2=gelegentlich) (3=täglich) (4=weiss nicht)	partwd (2,3=1) (1=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Partner konsumiert legale Drogen	e7.3ct (1=nein) (2=gelegentlich) (3=täglich) (4=weiss nicht)	partld (2,3=1) (1=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Partner konsumiert andere Drogen	e7.3dt (1=nein) (2=gelegentlich) (3=täglich) (4=weiss nicht)	partad (2,3=1) (1=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Fortsetzung: Subkulturelle Verankerung in den letzten 12 Monaten vor Eintritt*

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Drogenbenutzender Partner	Partner konsumiert täglich Drogen	e7.3at, e7.bt, e7.3ct, e7.3dt	partdr (3=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Marginalisierung	Mind. zeitweise von Prostitution gelebt	e5.2mj (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	prost (1-3=1) (4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Mind. zeitweise von illegalen Aktivitäten gelebt	e5.2nj (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	illakt (1-3=1) (4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Mind. zeitweise von Mischeln, Betteln gelebt	e5.2oj (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	misch (1-3=1) (4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Desintegration	e8.1cjr, e8.1cjro, partdr, prost, illakt, misch	des3_10 (1= Illegale) (2=Legale) (3=Szene als Heimat)	szill, szweg, szmis	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Legalverhalten in den letzten 12 Monaten vor Eintritt*

**d.h. vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt voranging*

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Mehr als 3 Verurteilungen	...vor Beginn mit harten Drogen	e12.1ct (0=nie) (1=einmal) (2=zweimal) (3=dreimal) (4=öfters) (8=weiss nicht)	urt3v (4=1) (0-8=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...seit Beginn mit harten Drogen	e12.1et (id)	urt3s (4=1) (0-8=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
mehr als 3 Verurteilungen (zusammengefasst)	Mehr als 3 Verurteilungen vor/ seit Beginn mit harten Drogen	wenn urt3v und/ oder urt3s=1	urt3	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Verurteilungen überhaupt	...vor Beginn mit harten Drogen	e12.1ct (0=nie) (1=einmal) (2=zweimal) (3=dreimal) (4=öfters) (8=weiss nicht)	urtv (1-8=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...seit Beginn mit harten Drogen	e12.1et (id)	urts (1-8=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Verurteilungen (zusammengefasst)	Verurteilungen vor/ seit Beginn mit harten Drogen	wenn urtv und/ oder urts=1	urt	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gründe für die Verurteilungen vor Beginn mit harten Drogen	Drogenkonsum/ -besitz	e12.4a1 (1=trifft zu)	g_konsv (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Drogenhandel/ -transport	e12.4b1 (1=trifft zu)	g_handv (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Diebstahl	e12.4c1, e12.4d1, e12.4e1, e12.4f1 (1=trifft zu)	gdiebv (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Raub	e12.4h1, e12.4i1, e12.4j1, (1=trifft zu)	graubv (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Fortsetzung: Legalverhalten in den letzten 12 Monaten vor Eintritt*

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Gründe für die Verurteilungen <i>seit</i> Beginn mit harten Drogen	Drogenkonsum/ -besitz	e12.4a2 (1=trifft zu)	g_konss (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Drogenhandel/ -transport	e12.4b2 (1=trifft zu)	g_hands (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Diebstahl	e12.4c2, e12.4d2, e12.4e2, e12.4f2 (1=trifft zu)	g_diebs (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Raub	e12.4h2, e12.4i2, e12.4j2, (1=trifft zu)	graubs (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gründe für die Verurteilungen <i>vor</i> Beginn mit harten Drogen (zusammengefasst)	Drogenkonsum/ -besitz vor/ seit...	wenn g_konsv und/ oder g_konss=1	gkons (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
	Drogenhandel/ -transport vor/ seit...	wenn g_handv und/ oder g_hands =1	ghand (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
	Diebstahl vor/ seit...	wenn gdiebv und/ oder g_diebs =1	gdieb (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
	Raub vor/ seit...	wenn graubv und/ oder graubs =1	graub (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Legalverhalten	urt3, urt, gkons, ghand, gdieb, graub	leg3_6 (1=umfassend Vorbestrafte) (2=Kleinkriminelle) (3=kaum Verurteilungen)	verdro, diebe, nover	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Muster des Drogengebrauchs in den letzten 12 Monaten vor Eintritt*

**d.h. vor der letzten Entzugsbehandlung, die dem Eintritt voranging*

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Karrieredauer Heroin	Alter bei Eintritt minus Alter bei Beginn von fast tägl. Konsum von Heroin (=Konsumdauer Heroin)	e1.2, e1.10j, e9.6it	karriert	
	Alter bei Eintritt minus Alter bei Beginn von fast tägl. Konsum von Heroin (=Konsumdauer Heroin, kategorisiert)	karriert	karriek (0-2 Jahre =1) (2-5 Jahre =2) (6-8 Jahre =3) (9,10 Jahre =4) (11-22 Jahre =5)	
Alte Heroinkonsumenten	Einteilung der Heroinkonsumenten in über/ unter 5 Jahre Karrieredauer	karriek	karrieka (3-5 =1) (1,2 =2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Fast tägl. Heroinkonsum	Wie oft hast Du die folgenden Drogen in den letzten 12 Monaten vor Eintritt Heroin genommen?	e9.1ijt (1=kein Konsum) (2=selten) (3=gelegentlich) (4=(fast) täglich) (9=keine/unklare Antwort)	hekonst (4=1) (1-3=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Fast tägl. Kokainkonsum	Wie oft hast Du die folgenden Drogen in den letzten 12 Monaten vor Eintritt Kokain genommen?	e9.1ljt (1=kein Konsum) (2=selten) (3=gelegentlich) (4=(fast) täglich) (9=keine/unklare Antwort)	kokonst (4=1) (1-3=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Fast tägl. Cocktailkonsum	Wie oft hast Du die folgenden Drogen in den letzten 12 Monaten vor Eintritt Cocktails genommen?	e9.1njt (1=kein Konsum) (2=selten) (3=gelegentlich) (4=(fast) täglich) (9=keine/unklare Antwort)	ckkonst (4=1) (1-3=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Konsum	karrieka, hekonst, kokonst, ckkonst	kons3_10 (1=Hard-Core-Gebraucher) (2=ohne tägl. Gebrauch) (3=Heroingebräucher)		

Wohnsituation: Im Zeitraum... (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
...der letzten 6 Monate integriertes Wohnen ganze/ meiste Zeit	Wohnung/ Haus gemietet, Eigentumswohnung/ eigenes Haus, elterl. Wohnung/ Haus	n2.1b1, (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	int6mn (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten integriertes Wohnen ganze/ meiste Zeit	id	n2.1b2, (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	int12mn (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... der ersten 6 Monate integriertes Wohnen ganze/ meiste Zeit	id	n2.1b3, (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	int6amn (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate autonomes Wohnen ganze/ meiste Zeit	Wohnung/ Haus gemietet, Eigentumswohnung/ eigenes Haus, Zimmer gemietet, ohne feste Unterkunft (Notunterkunft, Gasse)	n2.1a1, n2.1b1, n2.1g1 (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	aut6mn (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten autonomes Wohnen ganze/ meiste Zeit	id	n2.1a2, n2.1b2, n2.1g2 (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	aut12mn (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... der ersten 6 Monate autonomes Wohnen ganze/ meiste Zeit	id	n2.1a3, n2.1b3, n2.1g3 (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	aut6amn (1,2=1), (3,4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate mit Partner ganze/ meiste Zeit	Mit wem haben Sie ...gewohnt?	n2.2b1, (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	wpar6mn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten mit Partner ganze/ meiste Zeit	id	n2.2b2, (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	wpar12mn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... der ersten 6 Monate mit Partner ganze/ meiste Zeit	id	n2.2b3, (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	wpar6amn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Wohnen	int6mn, int12mn, int6amn, aut6mn, aut12mn, aut6amn, wpar6mn, wpar12mn, wpar6amn	wo3_2nb (1=desintegriertes Wohnen) (2=autonomes/ integriertes Wohnen) (3=zunehmend autonomes/ integriertes Wohnen)	wdesn, wautintn, wzunian	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Arbeitssituation: Im Zeitraum... (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
...der letzten 6 Monate nach Austritt...	Vollzeitarbeit (ab 60%) oder Teilzeitarbeit (bis 60%)	n3.2a1, n3.2b1 (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	garb18 (1,2=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...von 6-12 Monate nach Austritt...	id	n3.2a2, n3.2b2 (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	garb12 (1,2=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...ersten 6 Monate nach Austritt...	id	n3.2a3, n3.2b3 (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	garb6 (1,2=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate nach Austritt ...	Haben Sie im Zeitraum von... ganze/ meiste Zeit vom Hauptberuf gelebt?	n5.1a (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	fwork18 (1,2=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...von 6-12 Monate nach Austritt...	id	n5.3a (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	fwork12 (1,2=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...ersten 6 Monate nach Austritt...	id	n5.5a (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	fwork6 (1,2=1) (else=0)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Arbeit	garb18, garb12, garb6, fwork18, fwork12, fwork6	t2arb310 (1= abnehmende Arbeitsintegration) (2= gute Arbeitsintegration) (3= schlechte Arbeitsintegration)	t2arbab, t2arbgut, t2arbboe	

Finanzielle Situation: Im Zeitraum... (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
...der letzten 6 Monate durch Familie mind. zeitweise unterstützt	Wovon haben Sie im Zeitraum von ... gelebt?	n5.1c (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finfam6 (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten durch Familie mind. zeitweise unterstützt	id	n5.3c (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finfam12 (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... der ersten 6 Monate durch Familie mind. zeitweise unterstützt	id	n5.5c (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finfam6a (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate durch Sozialamt mind. zeitweise unterstützt	id	n5.1k (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finsoz6 (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten durch Sozialamt mind. zeitweise unterstützt	id.	n5.3k (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finsoz12 (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... der ersten 6 Monate durch Sozialamt mind. zeitweise unterstützt	id.	n5.5k (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finsoz6a (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... der ersten 6 Monate durch IV/ AHV-Rente mind. zeitweise unterstützt	id.	n5.1i, n5.1j (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finiv6n (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate durch IV/ AHV-Rente mind. zeitweise unterstützt	id	n5.3i, n5.3j (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finiv12n (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten durch IV/ AHV-Rente mind. zeitweise unterstützt	id.	n5.5i, n5.5j (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	finiv6an (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Fortsetzung: Finanzielle Situation: Im Zeitraum... (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
... der ersten 6 Monate durch AL-Rente mind. zeitweise unterstützt	id.	n5.1l (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	final6n (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate durch AL-Rente mind. zeitweise unterstützt	id	n5.3l (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	final12n (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
... von 6-12 Monaten durch AL-Rente mind. zeitweise unterstützt	id.	n5.5l (1=ganze Zeit) (2=meiste Zeit), (3=zeitweise), (4=nie)	final6an (1-3=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Finanzen	finfam6, finfam12, finfam6a, finsoz6, finsoz12, finsoz6a, finiv6n, finiv12n, finiv6an, final6n, final12n, final6an,	fin3_9nb (1=finanziell autonom), (2=unterstützt von Eltern) (3=Gelder vom Sozialamt)	fclaun, fclprn, fclsozn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Subkulturelle Verankerung: Im Zeitraum... (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
...der letzten 6 Monate nach Austritt...	viele Kontakte zu drogenbenutzenden Personen	n8.1c1 (1=prakt. täglich) (2=mehrmals wöchentlich) (3=ca. 1 mal pro Woche) (4=2-3 mal monatlich) (5=ca. 1 mal pro Mt) (6=seltener) (7=nie) (8=weiss nicht) (9=keine Antwort)	kont6ivn (1,2=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...von 6-12 Monate nach Austritt...	id	n8.1c2 (id)	kont12ivn (1,2=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...ersten 6 Monate nach Austritt...	id	n8.1c3 (id)	kone6ivn (1,2=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...der letzten 6 Monate nach Austritt...	oft Kontakte zu drogenbenutzenden Personen	n8.1c1 (1=prakt. täglich) (2=mehrmals wöchentlich) (3=ca. 1 mal pro Woche) (4=2-3 mal monatlich) (5=ca. 1 mal pro Mt) (6=seltener) (7=nie) (8=weiss nicht) (9=keine Antwort)	kont6ion (3-5=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...von 6-12 Monate nach Austritt...	id	n8.1c2 (id)	kont12ion (3-5=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
...ersten 6 Monate nach Austritt...	id	n8.1c3 (id)	kone6ion (3-5=1) (else=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Desintegration	kont6ivn, kont12ivn, kone6ivn, kont6ion, kont12ion, kone6ion	t2drk310 (1= gelegentliche Kontakte) (2=viele Kontakte) (3=kaum Kontakte)	drigel, drviel, drno	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Legalverhalten (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Verurteilungen nach der Therapie	Wurden Sie seit Austritt...wegen Delikten, die Sie vor der Therapie (inkl. AWG) verübten gerichtlich verurteilt?	n12.1a (0=0) (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (8=weiss nicht)	urtvn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Wurden Sie seit Austritt...wegen Delikten, die Sie während der Therapie (inkl. AWG) verübten gerichtlich verurteilt?	n12.2a (0=0) (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (8=weiss nicht)	urtn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	Wurden Sie seit Austritt...wegen Delikten, die Sie nach der Therapie (inkl. AWG) verübten gerichtlich verurteilt?	n12.3a (0=0) (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (8=weiss nicht)	urtsn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gründe für Verurteilungen für Delikte...	..vor Therapie: Drogenkonsum/ -besitz	n12.5av3	konsvn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...während Therapie (id)	n12.5aw3	konswn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...nach Therapie (id)	n12.3an3	konsnn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Drogenkonsum/ -besitz (zusammengefasst)	über die drei Zeiträume	konsvn, konswn, konsnn	konsn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gründe für Verurteilungen für Delikte...	..vor Therapie: Drogenhandel/ -transport	n12.5bv3	handvn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...während Therapie (id)	n12.5bw3	handwn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...nach Therapie (id)	n12.3bn3	handnn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Drogenhandel/ -transport (zusammengefasst)	über die drei Zeiträume	handvn, handwn, handnn	handn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Fortsetzung: Legalverhalten (Nachbefragung)

Gründe für Verurteilungen für Delikte...	..vor Therapie: Beschaffungskriminalität (Betrug/ Urkundenfälschung/ Diebstahl/ Unterschlagung/ Entwendung Töffli/ Auto)	n12.5cv3, n12.5dv3, n12.5ev3	bekrimv (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...während Therapie (id)	n12.5cw3, n12.5dw3, n12.5ew3	bekrimw (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...nach Therapie (id)	n12.5cn3, n12.5dn3, n12.5en3	bekrimn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Beschaffungskriminalität (zusammengefasst)	über die drei Zeiträume	bekrimv, bekrimw, bekrimn	bekrimn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gründe für Verurteilungen für Delikte...	..vor Therapie: gegen Leib und Leben (Einbruch/ Sachbeschädigung/ Raub/ Sexualdelikte)	n12.5fv3, n12.5hv3, n12.5jv3	dellvn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...während Therapie (id)	n12.5fv3, n12.5hv3, n12.5jv3	dellwn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...nach Therapie (id)	n12.5fv3, n12.5hv3, n12.5jv3	dellnn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Delikte gegen Leib und Leben (zusammengefasst)	über die drei Zeiträume	dellvn, dellwn, dellnn	delln	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Gründe für Verurteilungen für Delikte...	..vor Therapie: Diebstahl	n12.5dv3	diebvn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...während Therapie (id)	n12.5dw3	diebwn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
id	...nach Therapie (id)	n12.5dn3	diebnn (1=1) (0=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Diebstahl (zusammengefasst)	über die drei Zeiträume	diebvn, diebwn, diebnn	diebn	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
CLUSTER Legalverhalten	urtnv, urtnw, urtsn, konsn, hands, delln, diebn, bekrimn	leg2_10n (1=keine Verurteilungen) (2=Verurteilungen)	novern, wdeln	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

Muster des Drogengebrauchs (Nachbefragung)

Operationalisierung von:	operationalisiert durch:	Ursprungs-Var	Recodierte Var	Value Labels
Hilfsvar. Heroinkonsum	kein Konsum letzte 6 Monate, 6-12 Monate und erste 6 Monate nach Austritt	n9.2i1, n9.2i2, n9.2i2	he18no, he12no, he6no (1=1) (2-4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Hilfsvar. Kokainkonsum	kein Konsum letzte 6 Monate, 6-12 Monate und erste 6 Monate nach Austritt	n9.2i1, n9.2i2, n9.2i2	ko18no, ko12no, ko6no (1=1) (2-4=2)	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu
Hilfsvar. Heroin- und/ oder Kokainkonsum		he18no, he12no, he6no, ko18no, ko12no, ko6no	muno	
Konsum harter Drogen	Konsum von Heroin und/ oder Kokain	muno	hadrunb	(1= nie) (2= erste 6 Monate) (3=6-12 Monate) (4=letzte 6 Monate)
id.	id.	hadrunb	drofrei, dro1mal, dro2mal, dro3mal	1= trifft zu, 2= trifft nicht zu

A5 Anhang zum Kapitel 5.5:

Rotated factor matrixes

Zu 5.5.1.1: Subjektive Gründe für den Rückfall

Zu Tabelle 139: Faktorenladungen zu den subjektiven Gründen für einen Rückfall
(rotated factor matrix)¹

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Probleme mit Eltern	.60441		-.35850
Frustrationen bei der Arbeitssuche	.58605	.26823	.21226
(Psychische) Probleme mit sich selbst	.56221		
Freundeskreis konsumiert harte Drogen	.55326	-.13572	.10527
Probleme mit Freunden	.50617		
Probleme am Arbeitsplatz	.49506		
Trennung/Scheidung von Partner/in	.11004	.74326	.40446
Probleme in Partnerschaft	.21539	.68678	.27922
Szenenleben vermisst	.29618	-.57797	.15614
Lust auf harte Drogen		-.49021	.34364
Keine Freunde			.83486
Kein Partner, keine Partnerin	.12746	.12614	.64348

- *Psychosoziale Probleme und problematische Arbeitsintegration (Faktor 1; n=119; Cronbachs $\alpha^2 = .56$)*
- *Partnerschaftsprobleme bei Distanz zu Drogen und Szene (Faktor 2; n=120; Cronbachs $\alpha = .51$)*
- *Soziale Isolation (Faktor 3; n=120; Cronbachs $\alpha = .63$)*

¹ Ladungen, die den jeweiligen Faktor charakterisieren, sind fett gedruckt.

² Auf Basis der Faktorlösung wurde jeweils für die entsprechenden Summenscores Cronbach's alpha berechnet, das die Reliabilität der jeweiligen Scale wiedergibt.

Zu 5.5.1.2: Subjektive Gründe für das Leben ohne Drogen

*Zu Tabelle 141: Faktorenladungen zu den subjektiven Gründen für das Leben ohne Drogen
(rotated factor matrix)*

	<i>Faktor 1</i>	<i>Faktor 2</i>	<i>Faktor 3</i>	<i>Faktor 4</i>
Mit Arbeit zufrieden	.89773			
Arbeit gibt Halt	.88313			
Will Arbeit nicht verlieren	.81227		.21600	
Ausbildung	.53402			
Freundeskreis ohne harte Drogen	.36732	.21942	.27855	
Angst vor körperlichen Schäden		.81313	.22807	
Angst vor psychischen Schäden		.76606	.28286	
Angst vor Gerichtsverfahren / Polizei	.20055	.57121		
Thema Abhängigkeit in Nachsorge		.53891	-.23891	.22818
Lehne Szenenmilieu ab	.14179	.12605	.76299	
Drogen lösen meine Probleme nicht			.71975	.25775
Abscheu vor Abhängigkeit		.11472	.53238	.16335
Will bewusst leben	.12259	.18416	.10731	.78387
Will ein sinnvolles Leben führen	.10655		.24060	.74170
Bewusste Entscheidung getroffen		-.12406	.45473	.59978
Sport	.39056	.21858		.43205

- *Arbeits-/Ausbildungssituation (Faktor 1; n=169; Cronbachs alpha = .82)*
- *Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Strafverfolgung (Faktor 2, n=174; Cronbachs alpha = .66)*
- *Ablehnung von Drogen und Szene (Faktor 3, n=176; Cronbachs alpha = .60)*
- *Bewusste Entscheidung für sinnvollen Neubeginn (Faktor 4, n=174; Cronbachs alpha = .69)*

Zu 5.5.2.1: Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung

Zu Tabelle 143: Faktorenladungen zur Beurteilung der Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung (rotated factor matrix)

	<i>Faktor 1</i>	<i>Faktor 2</i>	<i>Faktor 3</i>	<i>Faktor 4</i>
realistische Ziele setzen	.71731	.23145	.10136	
unabhängige Entscheidungen treffen und Bedürfnisse äussern	.69375	.16964	.15288	-.11581
sich Problemen stellen und neue Lösungen suchen	.62281		.24386	.30446
eigenen Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen	.58195	.24492		
Kritik äussern und entgegennehmen	.54249		.27836	.13190
aktive Freizeitgestaltung	.53775	.28392		.24157
mit Arbeit zufrieden	.10421	.77763		
mit Wohnsituation zufrieden		.71329	.12233	.31728
Freundeskreis vorhanden	.24715	.63747	.13955	
leicht ohne Drogen leben können	.31110	.59259	.19494	
sich offen auf andere einlassen			.77083	.17600
eigene Gefühle äussern	.12869	.22790	.65931	-.15533
den Körper bewusst pflegen	.20296		.55303	.47829
sich sicher fühlen und klar ausdrücken	.30422	.12094	.55007	
in persönlichen Krisen gefasst reagieren	.31022	.15896	.38311	
guter Kontakt mit Familie	.11410	.14653		.84156

- *Aktive Auseinandersetzung mit den Problemen und Aufgaben des täglichen Lebens (Faktor 1; n=178; Cronbachs alpha = .74)*
- *Gute strukturelle Integration (Faktor 2; n=177; Cronbachs alpha = .71)*
- *Kontaktfähigkeit und Selbstsicherheit (Faktor 3; n=179; Cronbachs alpha = .55)*
- *Guter Kontakt zur Familie (Faktor 4)*

Zu 5.5.2.1: Stärke der Veränderungen

Zu Tabelle 145: Faktorenladungen zur Stärke der Veränderungen (rotated factor matrix)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Kritik äussern und entgegennehmen	.75064	.20416	
unabhängige Entscheidungen treffen und Bedürfnisse äussern	.71950	.14712	.17038
sich sicher fühlen und klar ausdrücken	.65467	.13692	.30888
eigene Gefühle äussern	.62699	.20203	.15084
sich offen auf andere einlassen	.61721		.13915
sich Problemen stellen und neue Lösungen suchen	.61694	.36004	
in persönlichen Krisen gefasst reagieren	.60997	.27686	
aktive Freizeitgestaltung	.18916	.71044	
mit Arbeit zufrieden		.67739	.21752
mit Wohnsituation zufrieden	-.11884	.67715	.30470
Freundeskreis vorhanden	.34017	.62291	
leicht ohne Drogen leben können	.30104	.59140	
eigenen Bürokratismus erledigen und mit Geld umgehen	.30869	.53375	
realistische Ziele setzen	-.36576	.43375	.20088
den Körper bewusst pflegen	.15627		.84576
guter Kontakt mit Familie	.18288	.32825	.54566

- *Selbstreflexion und Abgrenzung (Faktor 1; n=177; Cronbachs alpha = .82)*
- *Alltagsbewältigung und Zufriedenheit mit Lebenssituation (Faktor 2; n=172; Cronbachs alpha = .76)*
- *Bewusster Umgang mit dem eigenen Körper und gute Familienbeziehung (Faktor 3; n=177; Cronbachs alpha = .44).*

Zu 5.5.2.2: Persönliche Bedeutung von Therapieerfahrungen

Zu Tabelle 149: Faktorenladungen zur Bedeutung von Therapieerfahrungen (rotated factor matrix)

	Faktor 1	Faktor 2
in einer Gemeinschaft leben, mich in ihr zurechtfinden	.86175	-.12097
lernen, mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen	.73141	.36526
lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen	.66516	.35733
durch die Therapie aufgezeigt erhalten, was Sucht beinhaltet	.50410	.42971
Ruhe haben, um ich mit mir selber auseinanderzusetzen und zu mir zu finden		.74394
Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen	.14889	.70418
mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen	.37845	.63675
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen	.42251	.53451

- „Anpassung“ (Faktor 1; $n=178$; Cronbachs alpha = .73)
- Distanz und Reflexion (Faktor 2; $n=177$; Cronbachs alpha = .68).

Zu 5.5.2.2: Erfahrungen in der Therapie (I)

Zu Tabelle 151: Faktorenladungen zu den Erfahrungen in der Therapie (I) (rotated factor matrix)

	Faktor 1	Faktor 2
lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen	.78934	.32578
lernen, mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen	.77877	
in einer Gemeinschaft leben, mich in ihr zurechtfinden	.69259	.21246
Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen	.53714	.44250
mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen	.52952	.51050
Ruhe haben, um ich mit mir selber auseinanderzusetzen und zu mir zu finden		.85979
wichtige Anstösse erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen	.37604	.63705
durch die Therapie aufgezeigt erhalten, was Sucht beinhaltet	.42562	.60474

- „Anpassung“ (Faktor 1; $n=175$; Cronbachs alpha = .72)
- Reflexion (Faktor 2; $n=178$; Cronbachs alpha = .66).

Zu 5.5.2.2: Erfahrungen in der Therapie (II)

Zu Tabelle 153: Faktorenladungen zu den Erfahrungen in der Therapie (II) (rotated factor matrix)

	<i>Faktor 1</i>	<i>Faktor 2</i>	<i>Faktor 3</i>
man vertraute uns	.75549		.11629
ich konnte eigene Vorschläge einbringen	.67120	.15032	
es wurde ausreichend auf meine Person geachtet	.66448	.16483	.23030
Einzelgespräche halfen weiterzukommen	.54184	.18193	-.26316
Es gab zu viele Regeln, die uneinsichtig waren	-.49004	.15678	.17961
Gespräche in der Gruppe halfen weiterzukommen	.45954	.35708	.31377
Schul- oder Lernangebot half weiterzukommen		.84306	.14993
Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot half weiterzukommen		.80937	
Regeln halfen weiterzukommen	.33338	.56168	
Regeln wurden konsequent angewendet		.18288	.77219
Keine Gelegenheit, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen	-.13782	-.15332	.73095

- *Vertrauensvolle Atmosphäre und hilfreiche Gespräche (Faktor 1; n=175; Cronbachs alpha = .68)*
- *Strukturierung auch durch Bildungs- und Beschäftigungsangebot (Faktor 2; n=175; Cronbachs alpha = .66)*
- *Fern von Drogen bei konsequenter Regelanwendung (Faktor 3; n=179; Cronbachs alpha = .41).*

**A6 Fragebogen zur Verlaufsdokumentation
nach Austritt aus der stationären Therapie
(N1.0; inkl. Gesundheitsfragebogen)**

1. Grundangaben

1.1 Probanden-Nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.2 Geburtsjahr:

19		
----	--	--

1.3 Geschlecht:

- männlich	1
- weiblich	2

1.4 Zivilstand:

- verheiratet	1
- ledig	2
- wiederverheiratet	3
- getrennt	4
- geschieden	5
- verwitwet	6
- unbekannt	7

1.5 Juristische Selbständigkeit (Handlungsfähigkeit) :

mehrere Antwortmöglichkeiten

Fragebogen zur Verlaufs-Dokumentation nach Austritt aus der stationären Therapie

A) ja	1
und ferner:	
B) Beistand	1
C) Schutzaufsicht	1
D) nein	1
sondern:	
E) unter elterlicher Gewalt	1
F) Beirat	1
G) Vormund	1

1.6. Aktueller Wohnsitz (auf Einwohnerkontrolle angemeldet): PLZ

--	--	--	--	--	--

1.7 Wer führt das Gespräch: Initialien eintragen

--	--

1.8 Datum der Befragung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.9 Datum des Austrittes aus der Referenzinstitution:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.10 Referenzinstitution:

--	--

Nummer der Institution eintragen

1.11 Datum der letzten Nachbefragung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wohnen

2.1 Wie haben Sie in den letzten 6 Monaten, 6-12 Monate nach Austritt bzw. in den ersten 6 Monaten nach Austritt gewohnt?

	letzte 6 Monate				6-12 Monate nach Austritt				erste 6 Monate nach Austritt			
	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort
A) in Zimmer (Pension/Hotel/Untermiete)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
B) Wohnung oder Haus gemietet / Eigentumswohnung / eigenes Haus (inkl. Angehörigenwohnung, WG, begleitetes Wohnen)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
C) in AWG (Referenzinstitution)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
D) in AWG (andere Institution)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
E) in anderer drogentherapeutischer Institution	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
F) in anderer Institution (Spital, Psychiatrie, Wohnheim, Gefängnis)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
G) ohne feste Unterkunft	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
H) anderes	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2

N2.1A1 / N2.1A2
N2.1A3
N2.1B1 / N2.1B2
N2.1B3
etc.

2.2 Mit wem haben Sie in den letzten 6 Monaten, 6-12 Monate nach Austritt bzw. in den ersten 6 Monaten nach Austritt gewohnt?

	letzte 6 Monate				6-12 Monate nach Austritt				erste 6 Monate nach Austritt			
	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort
A) allein	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
B) mit Partnerin (verheiratet oder Freundin)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
C) mit eigenen Kindern	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
D) mit Vater (auch Ersatz-/Pflegvater)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
E) mit Mutter (auch Ersatz-/Pflegmutter)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
F) mit anderen Verwandten	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
G) mit KollegInnen (Wohngemeinschaft)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
H) in therapeutischer Wohngemeinschaft, im begleiteten Wohnen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
I) bei ArbeitgeberIn	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
J) anderes (z.B. im Gefängnis/Spital/Heim)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2

N2.2A1 / N2.2A2
N2.2A3
N2.2B1 / N2.2B2
N2.2B3
etc.

3. Berufliche Situation

3.1 Wieviele Tage haben Sie in den letzten 18 Monaten gearbeitet?

Tage

Nur Arbeiten auf dem freien Arbeitsmarkt berücksichtigen; Zeit während der Lehre mitzählen. Pro Monat werden 20 Arbeitstage berechnet.

3.2 Erwerbs- und Beschäftigungssituation in den letzten 6 Monaten, 6-12 Monate nach Austritt und in den ersten 6 Monaten nach Austritt:

	letzte 6 Monate				6-12 Monate nach Austritt				erste 6 Monate nach Austritt			
	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	keine Antwort
A) Vollzeitarbeit (ab 60%)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
B) Teilzeitarbeit (bis 60%)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
C) Temporärarbeit/ Gelegenheitsjobs	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
D) Arbeitsprogramm Referenzinstitution	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
E) Arbeitsprogramm anderes	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
F) Hausfrau/-mann	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
G) Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
H) arbeitslos, mit Arbeitslosenunterstützung	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
I) arbeitslos, ohne Arbeitslosenunterstützung	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
J) ohne Arbeit, nicht Arbeit suchend	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
K) Gasse, Delinquenz	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
L) Prostitution	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
M) krank, invalid	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
N) Rentenbezüger/in	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
O) in Institution (z.B. Psychiatrie, Gefängnis, Therapeutische Gemeinschaft)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
P) Ferien, Auslandsaufenthalt	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2
Q) anderes	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2

N3.2A1 / N3.2A2
N3.2A3
N3.2B1 / N3.2B2
N3.2B3
etc.

3.3 Was haben Sie in den letzten 18 Monaten zuletzt gearbeitet / was arbeiten Sie aktuell (falls mindestens teilzeit)?

Berufsbezeichnung notieren:

Nach dem Interview entsprechende Kategorie ankreuzen

- Berufskategorie A (un- und angelernte ArbeiterInnen, Bürohilfen, Heimarbeits)
- Berufskategorie B (ArbeiterInnen mit Berufslehre, VerkäuferInnen, Servicepersonal, einfache Beamte (z.B. BriefträgerInnen) u.ä.)
- Berufskategorie C (VorarbeiterInnen, WerkmeisterInnen, Angestellte, Beamte, LandwirtInnen (Kleinbetrieb), Kleingewerbe u.ä.)
- Berufskategorie D (mittlere/ höhere Angestellte und Beamte, ProkuristInnen, LehrerInnen, LandwirtInnen (Mittel- und Großbetriebe))
- Berufskategorie E (freie Berufe, UnternehmerInnen, ManagerInnen, Chefbeamte, PfarrerInnen, RichterInnen u.ä.)
- Sonstiges
- keine Angaben

N3.3

3.4 Haben Sie innerhalb eines Monats nach Austritt eine Arbeitsstelle gefunden? (Teil- bzw. Vollzeit)

- nein 1
- ja 2 >3.6
- keine Antwort 9 >3.9

3.5 Wie lange dauerte es, bis Sie nach Austritt Arbeit gefunden haben? Monate

3.6 Wurden Sie nach dieser Arbeitsstelle wieder arbeitslos?

- nein, habe direkt an andere Stelle gewechselt 1 >3.9
- nein, arbeite heute noch dort 2 >3.10
- ja 3
- keine Antwort 9 >3.9

3.7 Wieviele Monate nach Austritt verloren Sie diese Stelle? Monate

3.8 Welches sind nach Ihrer Meinung die Gründe für den Stellenverlust?

- eigene Kündigung 1
- Entlassung wegen eigenem Verschulden 2
- Entlassung wegen schlechtem Betriebsgang 3
- Entlassung wegen zwischenmenschlichen Problemen im Betrieb 4
- anderes 5
- weiss nicht 8
- keine Antwort 9

3.9 A) Haben Sie in den letzten 18 Monaten die Stelle gewechselt? (alle Arbeitsstellen)

- nein 1 >3.10
- ja 2
- nicht beurteilbar (da in Institution, etc.) 3 >3.10

B) Wie oft haben Sie seit Austritt die Stelle gewechselt? Mal

C) Anzahl Stellenwechsel aus eigener Initiative Mal

D) Anzahl Stellenwechsel wegen Kündigung durch Arbeitgeber Mal

E) Anzahl Stellenwechsel wegen befristeter Stelle, Konkurs der Firma usw. Mal

3.10 Denken Sie, dass Sie seit Austritt wegen Ihres früheren Drogenkonsums bei der Arbeit benachteiligt wurden?

- nein 1
- einmal 2
- öfters 3

3.11 Denken Sie, dass Sie seit Austritt wegen Ihres früheren Drogenkonsums bei der Arbeit benachteiligt wurden?

- nein 1
- einmal 2
- öfters 3

3.12 Wenn Sie Ihre Arbeitssituation gesamthaft seit Austritt betrachten, waren Sie damit zufrieden?

Die Frage 3.12 auch stellen, wenn in den letzten 18 Monaten nicht gearbeitet wurde.

- sehr zufrieden 1
- ziemlich zufrieden 2
- teils, teils 3
- ziemlich unzufrieden 4
- sehr unzufrieden 5

3.13 Fühlten Sie sich Ihrer Arbeit in den letzten 18 Monaten im allgemeinen gewachsen oder haben Sie eher das Gefühl, Sie seien überfordert oder unterfordert gewesen?

Die Frage 3.13 nur stellen, wenn in den letzten 18 Monaten (teilweise) gearbeitet wurde.

- überfordert 1
- gerade richtig 2
- unterfordert 3
- teils teils 4
- weiß nicht 8

4. Ausbildung

4.1 Waren Sie in der Zeit nach dem Austritt in Ausbildung, haben Sie eine Ausbildung abgebrochen oder abgeschlossen?

- nein 1 >5.1
- ja 2

4.2 Welche Berufsausbildung(en) besuchen Sie zur Zeit, bzw. haben Sie seit Austritt aus der Ref.Inst. abgebrochen oder regulär abgeschlossen, und wann haben Sie diese begonnen?

Liste 2 übergeben

	Stand der Ausbildung (S)	Beginn der Ausbildung (B)	
	In Ausbildung	regulär abgeschlossen	Beginn vor Therapie
	vorzüglich abgebrochen	regulär abgeschlossen	nach Therapie-/AWG-Austritt
A) gewerblich industrielle Lehre	1 2 3	1 2 3	1 2 3
B) kaufmännische oder Verwaltungslehre	1 2 3	1 2 3	1 2 3
C) andere reglementierte Lehre	1 2 3	1 2 3	1 2 3
D) Berufswahllehre, Werkklasse, Werkjahr, Praktikum, Sozialjahr, Anlehre oder ähnliches	1 2 3	1 2 3	1 2 3
E) Technikum HTL	1 2 3	1 2 3	1 2 3
F) andere höhere Fach- oder Berufsschule	1 2 3	1 2 3	1 2 3
G) Universität, ETH, Hochschule	1 2 3	1 2 3	1 2 3
H) Kunstgewerbeschule, Konservatorium oder ähnliches	1 2 3	1 2 3	1 2 3
I) berufsbegleitende Ausbildung (Steward/ess, Programmiererin u.ä.)	1 2 3	1 2 3	1 2 3
J) kurze 1-2jährige Ausbildung (private Handelsschule, Kosmetik usw.)	1 2 3	1 2 3	1 2 3
K) andere hier nicht genannte Ausbildung	1 2 3	1 2 3	1 2 3

Berufsbezeichnung(en) notieren:

5. Finanzielle Situation

5.1 Wovon haben Sie in den letzten 6 Monaten gelebt?

Anteil am Einkommen (A)

	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	nie	keine Antwort	Klein (<25%)	mässig (25-49%)	mittel (50-75%)	gross (>75%)	keine Antwort
A) Arbeitslohn aus Hauptberuf	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
B) Nebenerwerb	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
C) Familie, Taschengeld	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
D) PartnerIn	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
E) Ersparnisse	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
F) Vermögen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
G) von Freunden, Kollegen Geld gepumpt	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
H) Bankkredite, andere Schulden	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
I) AHV-Rente	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
J) IV-Rente	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
K) Sozialhilfe, Fürsorge	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
L) Arbeitslosenunterstützung	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
M) Stipendien	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
N) Prostitution, Tätigkeit in "Massagesalons"	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
O) illegale Einkünfte, inkl. Dealen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
P) Betteln, "Mischeln"	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
Q) anderes (z.B. Pekulium)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9

- N5.1A / N5.1AA
- N5.1B / N5.1BA
- N5.1C / N5.1CA
- N5.1D / N5.1DA
- N5.1E / N5.1EA
- N5.1F / N5.1FA
- N5.1G / N5.1GA
- N5.1H / N5.1HA
- N5.1I / N5.1IA
- N5.1J / N5.1JA
- N5.1K / N5.1KA
- N5.1L / N5.1LA
- N5.1M / N5.1MA
- N5.1N / N5.1NA
- N5.1O / N5.1OA
- N5.1P / N5.1PA
- N5.1Q / N5.1QA

5.2 Falls Bezug von Sozialhilfe/Fürsorge in den letzten 6 Monaten: Erhalten/erhielten Sie das Geld von der Sozialhilfe/Fürsorge als kurzfristige Überbrückung einer finanziell schwierigen Situation?

- nein 1
- ja 2

5.3 Wovon haben Sie 6-12 Monate nach Austritt gelebt?

Anteil am Einkommen (A)

	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	nie	keine Antwort	Klein (<25%)	mässig (25-49%)	mittel (50-75%)	gross (>75%)	keine Antwort
A) Arbeitslohn aus Hauptberuf	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
B) Nebenerwerb	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
C) Familie, Taschengeld	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
D) PartnerIn	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
E) Ersparnisse	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
F) Vermögen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
G) von Freunden, Kollegen Geld gepumpt	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
H) Bankkredite, andere Schulden	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
I) AHV-Rente	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
J) IV-Rente	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
K) Sozialhilfe, Fürsorge	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
L) Arbeitslosenunterstützung	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
M) Stipendien	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
N) Prostitution, Tätigkeit in "Massagesalons"	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
O) illegale Einkünfte, inkl. Dealen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
P) Betteln, "Mischeln"	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
Q) anderes (z.B. Pekulium)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9

- N5.3A / N5.3AA
- N5.3B / N5.3BA
- N5.3C / N5.3CA
- N5.3D / N5.3DA
- N5.3E / N5.3EA
- N5.3F / N5.3FA
- N5.3G / N5.3GA
- N5.3H / N5.3HA
- N5.3I / N5.3IA
- N5.3J / N5.3JA
- N5.3K / N5.3KA
- N5.3L / N5.3LA
- N5.3M / N5.3MA
- N5.3N / N5.3NA
- N5.3O / N5.3OA
- N5.3P / N5.3PA
- N5.3Q / N5.3QA

5.4 Falls Bezug von Sozialhilfe 6-12 Monate nach Austritt: Erhielten Sie das Geld von der Sozialhilfe/Fürsorge als kurzfristige Überbrückung einer finanziell schwierigen Situation?

- nein 1
- ja 2

5.5 Wovon haben Sie in den ersten 6 Monaten nach Austritt gelebt?

Anteil am Einkommen (A)

	ganze Zeit	meiste Zeit	zeitweise	nie	keine Antwort	Klein (<25%)	mässig (25-49%)	mittel (50-75%)	gross (>75%)	keine Antwort
A) Arbeitslohn aus Hauptberuf	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
B) Nebenerwerb	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
C) Familie, Taschengeld	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
D) PartnerIn	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
E) Ersparnisse	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
F) Vermögen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
G) von Freunden, Kollegen Geld gepumpt	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
H) Bankkredite, andere Schulden	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
I) AHV-Rente	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
J) IV-Rente	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
K) Sozialhilfe, Fürsorge	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
L) Arbeitslosenunterstützung	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
M) Stipendien	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
N) Prostitution, Tätigkeit in "Massagesalons"	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
O) illegale Einkünfte, inkl. Dealen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
P) Betteln, "Mischeln"	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
Q) anderes (z.B. Pekulium)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9

- N5.5A / N5.5AA
- N5.5B / N5.5BA
- N5.5C / N5.5CA
- N5.5D / N5.5DA
- N5.5E / N5.5EA
- N5.5F / N5.5FA
- N5.5G / N5.5GA
- N5.5H / N5.5HA
- N5.5I / N5.5IA
- N5.5J / N5.5JA
- N5.5K / N5.5KA
- N5.5L / N5.5LA
- N5.5M / N5.5MA
- N5.5N / N5.5NA
- N5.5O / N5.5OA
- N5.5P / N5.5PA
- N5.5Q / N5.5QA

5.6 Falls Bezug von Sozialhilfe in den ersten 6 Monaten nach Austritt: Erhielten Sie das Geld von der Sozialhilfe/Fürsorge als kurzfristige Überbrückung einer finanziell schwierigen Situation?

- nein 1
- ja 2

5.7 Wurde seit Austritt ein Privatkonkurs durchgeführt?

- nein 1
- nein, aber ist in Vorbereitung 2
- ja 3

5.8 Haben Sie zur Zeit Schulden (private Schulden, offizielle Schulden aus Privatkonkurs etc.)?

- keine 0 >6.1
- bis Fr. 1'000.-- 1 >6.1
- Fr. 1'000.-- bis Fr. 5'000.-- 2 >6.1
- Fr. 5'000.-- bis Fr. 15'000.-- 3
- Fr. 15'000.-- bis Fr. 30'000.-- 4
- Fr. 30'000.-- bis Fr. 50'000.-- 5
- Fr. 50'000.-- bis Fr. 75'000.-- 6
- über Fr. 75'000.-- 7
- weiß nicht 8
- keine Antwort 9

5.9 Falls kein Privatkurs durchgeführt wurde: Besteht ein Schuldsanierungsprogramm?

- nein 1 >6.1
- nein, aber ist in Vorbereitung 2
- ja 3

5.10 Glauben Sie, dass das Schuldsanierungsprogramm erfolgreich sein wird?

- nein, sicher nicht 1
- eher nein 2
- eher ja 3
- ja, sicher 4
- weiss nicht 8

6. Herkunftsfamilie

6.1 Leben Ihre leiblichen Eltern noch?

- A) ja, beide 1
- B) nein, Mutter ist gestorben 1
- C) nein, Vater ist gestorben 1
- D) nein, beide sind gestorben 1
- E) weiß nicht Vater 1
- F) weiß nicht Mutter 1

6.2 Bitte prüfen: 1. Bestand ab dem 5. Lebensjahr Kontakt mit den leiblichen Eltern?
Falls nein: Fragen 6.3/6.4 für Ersatzeltern ausfüllen
2. Falls leibliche Eltern und Ersatzeltern vorhanden waren:
Wer war prägender in der Kindheit / Jugend?

Auf wen beziehen sich die Antworten in den folgenden Fragen 6.3 und 6.4?

- A) Vater
 - auf leiblichen Vater 1
 - auf Ersatzvater 2
- B) Mutter
 - auf leibliche Mutter 1
 - auf Ersatzmutter 2

6.3 Haben Sie gegenwärtig Kontakt ...

- | | ja | nein | Person existiert nicht | weiß nicht | keine Antwort |
|---|----|------|------------------------|------------|---------------|
| A) mit Ihrem Vater (bzw. Vatersatz)? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| B) mit Ihrer Mutter (bzw. Muttersatz)? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| C) mit Ihrem/n (Halb/Adoptiv) Bruder/Brüdern? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| D) mit Ihrer/n (Halb/Adoptiv) Schwester/Schwestern? | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |

6.4 Können Sie gegenwärtig Ihre Probleme besprechen...

Frage nur stellen, wenn entsprechende Bezugsperson vorhanden ist bzw. man mit der entsprechenden Person sprechen kann.

- | | ja | nein | weiß nicht | keine Antwort |
|---|----|------|------------|---------------|
| A) mit Ihrem Vater (bzw. Vatersatz)? | 1 | 2 | 8 | 9 |
| B) mit Ihrer Mutter (bzw. Muttersatz)? | 1 | 2 | 8 | 9 |
| C) mit Ihrem/n (Halb/Adoptiv) Bruder/Brüdern? | 1 | 2 | 8 | 9 |
| D) mit Ihrer/n (Halb/Adoptiv) Schwester/Schwestern? | 1 | 2 | 8 | 9 |

7. Partner/in, Beziehung, Kinder

7.1 Partnerbeziehung in den letzten 6 Monaten, 6-12 Monate nach Austritt bzw. in den ersten 6 Monaten nach Austritt?

	in den letzten 6 Monaten (1)		6-12 Monate nach Austritt (2)		in den ersten 6 Monaten nach Austritt (3)	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
A) alleinstehend	1	2	8	9	1	2
B) zeitweilige Beziehungen	1	2	8	9	1	2
C) fester Partner/in, getrennt wohnend	1	2	8	9	1	2
D) fester Partner/in, zusammenwohnend	1	2	8	9	1	2

7.1.1 Aktuell feste Partnerbeziehung?

- ja, fester Partner/in, getrennt wohnend 1
- ja, fester Partner/in, zusammenwohnend 2
- nein, kein/e feste Partner/in 3
- weiss nicht 8
- keine Antwort 9

falls aktuell kein fester Partner, keine feste Partnerin > 7.6

7.2 Geschlecht des Partners/der Partnerin

- männlich 1
- weiblich 2

7.3 Seit wann sind Sie mit dem Partner oder der Partnerin zusammen?

- bis 3 Monate 1
- länger als 3 Monate bis 1 Jahr 2
- länger als 1 Jahr 3

7.4 Konsumiert der/die Partner/in im Moment Drogen?

entsprechende Zahl eintragen:
- nein, nie 1
- nein, aber früher 2
- gelegentlich 3
- täglich 4
- weiß nicht 8
- keine Antwort 9

- A) harte illegale Drogen (Opiate, Kokain, Speed u.ä.)
- B) weiche illegale Drogen (Cannabis u.ä.)
- C) legale Drogen (Medikamente, Alkohol, ohne Nikotin)
- D) andere

9. Drogenkonsum und Drogenerfahrungen

9.1 Wieviele Zigaretten pro Tag haben Sie durchschnittlich geraucht?

- in den letzten 6 Monaten	<input type="text"/>	Zigaretten99	keine Antwort
- in den ersten 12 Monaten nach Austritt	<input type="text"/>	Zigaretten99	

9.2 Wie oft haben Sie - falls überhaupt - die folgenden Drogen in den letzten 6 Monaten, 6-12 Monate nach Austritt bzw. in den ersten 6 Monaten nach Austritt genommen?

AA) An wievielen Tagen pro Woche haben Sie - falls überhaupt - gewöhnlich Alkohol getrunken?

	Tage		Antwort
- in den letzten 6 Monaten			99
- 6-12 Monate nach Austritt			99
- in den ersten 6 Monaten nach Austritt			99

AB) Wieviele Gläser Alkohol haben Sie - falls überhaupt - gewöhnlich an einem typischen Tag getrunken? **keine**

in den letzten 6 Monaten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gläser	99
6-12 Monate nach Austritt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gläser	99
in den ersten 6 Monaten nach Austritt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gläser	99

1 Glas = 1 - 1.5 dl Wein
3.3 dl Bier
8 cl Likör
4 cl Schnaps

AC) Wie häufig waren Sie - falls überhaupt - betrunken?

	Antwort	
in den letzten 6 Monaten	Male	99
6-12 Monate nach Austritt	Male	99
in den ersten 6 Monaten nach Austritt	Male	99

selten: bis 3 Tage von 30 Tagen
gelegentlich: 1-3 Tage pro Woche
(fast) täglich: 4-7 Tage pro Woche

B) Amphetamine, Ecstasy	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
C) Schmerzmittel (Analgetika)*	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
D) Schlafmittel*	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
E) Beruhigungsmittel*	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
F) Cannabis, Marihuana, Haschisch	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
G) Codein	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
H) Halluzinogene (LSD u.a.)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
I) Heroin	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
J) andere Opiate (Opium, Morphin)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
K) Illegale Opiatersatzmittel (Methadon* o.ä.)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
L) Kokain	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
M) Crack/ Freebase	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
N) Cocktails (Heroin + Kokain +...)	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
O) Schnüffelfstoffe	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
P) Designerdrogen	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
Q) sonstiges, nämlich	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9

* nur angeben, wenn nicht ärztlich verschrieben
*** nicht angeben, wenn Methadon im Programm konsumiert wurde

9.3 Wie oft haben Sie - falls überhaupt - in den letzten 18 Monaten wegen einer Überdosis das Bewußtsein verloren?

Mal	
-----	--

9.4 Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten, 6-12 Monate nach Austritt bzw. in den ersten 6 Monaten nach Austritt am gleichen Tag mehrere Drogen konsumiert (inkl. Alkohol, exkl. Nikotin)?

	letzte 6 Monate	6-12 Monate nach Austritt	erste 6 Monate nach Austritt	
- immer	1	1	1	N6.41
- meistens	2	2	2	N6.42
- gelegentlich	3	3	3	N6.43
- nur selten	4	4	4	
- nie	5	5	5	
- keine Antwort	9	9	9	

9.6 Falls seit Austritt nie oder zumindest eine zeitlang kein Konsum von harten Drogen:
 Sie haben seit Austritt aus der stationären Therapie/AWG nie oder zumindest eine zeitlang keine harten Drogen mehr konsumiert. Welchen Einfluss hatten für Sie die folgenden Aspekte auf das ohne-Drogen-leben-können?

Falls seit Austritt ganze Zeit Konsum von harten Drogen:
 Sie haben seit Austritt aus der stationären Therapie/AWG die ganze Zeit harte Drogen konsumiert. Wie wichtig wären für Sie folgende Aspekte gewesen, um ohne Drogen leben zu können?

9.6 Falls seit Austritt nie oder zumindest eine zeitlang kein Konsum von harten Drogen:
 Sie haben seit Austritt aus der stationären Therapie/AWG nie oder zumindest eine zeitlang keine harten Drogen mehr konsumiert. Welchen Einfluss hatten für Sie die folgenden Aspekte auf das ohne-Drogen-leben-können?

Falls seit Austritt ganze Zeit Konsum von harten Drogen:
 Sie haben seit Austritt aus der stationären Therapie/AWG die ganze Zeit harte Drogen konsumiert. Wie wichtig wären für Sie folgende Aspekte gewesen, um ohne Drogen leben zu können?

Bitte füllen Sie die Fragen 9.5 und 9.6 wie folgt aus:

- Kein Konsum von Opiaten (I, J), Kokain (L), Crack (M) oder Cocktails (N) seit Austritt aus der Therapie: **nur Frage 9.6 ausfüllen**
- Konsum (zumindest zeitweiser) von Opiaten (I, J), Kokain (L), Crack (M) oder Cocktails (N) seit Austritt aus der Therapie: **Fragen 9.5 und 9.6 ausfüllen**

9.5 Warum haben Sie wieder harte Drogen konsumiert? Wie sehr ist dieser Wiederbeginn mit dem Konsum von harten Drogen für Sie mit folgenden Problemen, Empfindungen etc. in Zusammenhang gestanden?

	kein Einfluss	kleiner Einfluss	mittlerer Einfluss	grosser Einfluss	weiss nicht	keine Antwort
A) weil ich Probleme am Arbeitsplatz hatte	0	1	2	3	8	9
B) wegen Kündigung meiner Arbeitsstelle	0	1	2	3	8	9
C) wegen Frustrationen bei der Arbeitssuche	0	1	2	3	8	9
D) wegen Problemen in der Partnerschaft	0	1	2	3	8	9
E) wegen Trennung/Scheidung von PartnerIn	0	1	2	3	8	9
F) wegen Problemen mit meinen Eltern	0	1	2	3	8	9
G) wegen dem Tod von nahestehenden Menschen	0	1	2	3	8	9
H) wegen Problemen mit FreundInnen	0	1	2	3	8	9
I) weil ich keine FreundInnen habe	0	1	2	3	8	9
J) weil ich keine/n PartnerIn habe	0	1	2	3	8	9
K) weil in meinem Freundeskreis ein/e/alle harte Drogen nehmen	0	1	2	3	8	9
L) wegen Problemen mit mir selber (psychische Probleme)	0	1	2	3	8	9
M) weil ich Lust auf harte Drogen hatte	0	1	2	3	8	9
N) wegen den Schulden	0	1	2	3	8	9
O) wegen gesundheitlichen Problemen	0	1	2	3	8	9
P) weil ich Probleme mit der Justiz habe	0	1	2	3	8	9
Q) weil FreundInnen gesagt haben, ich solle wieder harte Drogen nehmen	0	1	2	3	8	9
R) weil ich das Szenenleben vermisst habe	0	1	2	3	8	9

	kein Einfluss	kleiner Einfluss	mittlerer Einfluss	grosser Einfluss	weiss nicht	keine Antwort
A) weil mir meine Arbeit Halt gibt	0	1	2	3	8	9
B) weil ich mit meiner Arbeit zufrieden bin	0	1	2	3	8	9
C) weil ich meine Arbeit nicht verlieren will	0	1	2	3	8	9
D) wegen meiner Ausbildung	0	1	2	3	8	9
E) auf Drängen des/der PartnerIn	0	1	2	3	8	9
F) dem/der PartnerIn zuliebe	0	1	2	3	8	9
G) auf Drängen der Eltern	0	1	2	3	8	9
H) den Eltern zuliebe	0	1	2	3	8	9
I) wegen meinen Kindern	0	1	2	3	8	9
J) weil ich eine religiöse Erfahrung gemacht habe	0	1	2	3	8	9
K) aus Angst vor körperlichen Schäden	0	1	2	3	8	9
L) aus Angst vor psychischen Schäden	0	1	2	3	8	9
M) aus Angst vor Gerichtsverfahren/der Polizei	0	1	2	3	8	9
N) weil ich kein Geld habe für Drogen	0	1	2	3	8	9
O) wegen einem Schockereignis nach einer Überdosis von FreundInnen	0	1	2	3	8	9
P) aus Abscheu vor meiner Abhängigkeit	0	1	2	3	8	9
Q) weil ich Drogen nicht mehr brauche	0	1	2	3	8	9
R) weil ich bewusst leben will	0	1	2	3	8	9
S) weil ich nur so einer gerichtlichen Sanktion entgehen kann (Massnahme)	0	1	2	3	8	9
T) weil ich das Szenenmilieu ablehne	0	1	2	3	8	9
U) weil ich mit Drogen meine Probleme nicht lösen kann	0	1	2	3	8	9
V) weil ich eine bewusste Entscheidung getroffen habe	0	1	2	3	8	9
W) weil ich ein neues Leben beginnen will	0	1	2	3	8	9
X) weil ich ein sinnvolles Leben führen will	0	1	2	3	8	9
Y) weil in meinem Freundeskreis niemand harte Drogen nimmt	0	1	2	3	8	9
Z) weil ich für solche Sachen zu alt bin	0	1	2	3	8	9
ZA) weil ich in Psychotherapie bin und meine Probleme dort löse	0	1	2	3	8	9
ZB) wegen meiner Angst vor einer Überdosis	0	1	2	3	8	9
ZC) wegen meiner Angst vor einer HIV-Infektion	0	1	2	3	8	9
ZD) wegen meiner HIV-Infektion	0	1	2	3	8	9
ZE) weil ich Sport treiben habe / treibe	0	1	2	3	8	9
ZF) wegen der Nachsorge allgemein	0	1	2	3	8	9
ZG) weil mir die Nachsorge ermöglicht hat, am Thema Abhängigkeit dranzubleiben	0	1	2	3	8	9

NB.5A NB.5B NB.5C NB.5D NB.5E NB.5F NB.5G NB.5H NB.5I NB.5J NB.5K NB.5L NB.5M NB.5N NB.5O NB.5P NB.5Q NB.5R

10. Gesundheit

10.1 Haben Sie seit Austritt einen HIV-Test gemacht?

- nein 1 >10.3
- ja 2
- will nicht thematisieren 3 >10.3

10.2 Welches Resultat hat der Test gezeigt?

- positiv 1
 - negativ 2
 - möchte nicht antworten ... 3
 - weiss nicht 8
- nein 1
 - ja 2
 - möchte nicht antworten ... 3
 - weiss nicht 8

10.3 Haben Sie seit Austritt aus der Referenzinstitution versucht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?

Anzahl

Bitte SCL 90 aushändigen

11. Nachsorge, Institutionen

11.1 Waren Sie nach Beendigung der stationären Therapie in einer Aussenwohngruppe?

- nein 1 >11.3
- ja 2

11.2 Vor wievielen Monaten sind sie aus der Aussenwohngruppe ausgetreten?

Monate

11.3 A) Hatten Sie nach der stationären Therapie eines der untenstehenden Nachsorgeprogramme?
B) Haben Sie es als Hilfe erlebt bzw. haben Sie davon profitiert?

mehrere Antwortmöglichkeiten

	A	B	stationär (3)	teilstationär (2)	ambulant (1)	gar nicht	wenig	mittel	stark	keine Antwort
A) haus eigene Außenwohngruppe (I)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
B) haus eigene Nachsorgestelle (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
C) fremde Außenwohngruppe (J)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
D) fremde Nachsorgestelle (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
E) Drogenberatungsstelle (F)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
F) Sozialberatungsstelle (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
G) Sozialberatungsstelle der Justiz (Schutzaufsicht o.ä.) (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
H) andere Beratungsstelle (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
I) Substitutionsbehandlung (Methadon o.ä.) (D)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
J) Verschreibungsprojekte (DDD o.ä.) (E)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
K) psychologisch/psychiatrische Betreuung (N)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
L) begleitetes Wohnen (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
M) andere therapeutische Gemeinschaft (-)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
N) somatische Klinik (M)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
O) psychiatrische Klinik (L)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
P) Entzugsbehandlung, freiwillig (A, B)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
Q) Entzugsbehandlung, unfreiwillig (C)	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8
R) anderes	1	1	1	1	1	0	1	2	3	8

11.4 Hatte der/die Proband/in mindestens eines der oben in 11.3 genannten Nachsorgeprogramme?

- nein 1
- ja 2

11.5 Sind Sie zur Zeit bzw. waren Sie seit Austritt wegen Abhängigkeit von harten Drogen oder Alkoholabhängigkeit in entsprechenden Institutionen oder Beratungen?

	Anzahl neue Aufenthalte bzw. Behandlungsbeginne (1)	Aktuell, zur Zeit (2)	Gesamtdauer aller Nachsorge und neuen Behandlungen (in Tagen) (3)	Erstmaliger Eintritt: Wieviele Wochen nach Austritt? (4)
A) ambulante Entzugsbehandlung, freiwillig	1	2	1	2
B) stationäre Entzugsbehandlung, freiwillig	1	2	1	2
C) stationäre Entzugsbehandlung, unfreiwillig	1	2	1	2
D) Substitutionsbehandlung (Methadon o.ä.)	1	2	1	2
E) Verschreibungsprojekte (DDD o.ä.)	1	2	1	2
F) ambulante Suchteinrichtung (z.B. Drop-In)	1	2	1	2
G) stationäre Suchteinrichtung (TWG) (Referenzinstitution)	1	2	1	2
H) stationäre Suchteinrichtung (TWG) (andere Institution)	1	2	1	2
I) Aussenwohngruppe (Referenzinstitution)	1	2	1	2
J) Aussenwohngruppe (andere Institution)	1	2	1	2
K) Tagesbetreuung	1	2	1	2
L) psychiatrische Klinik	1	2	1	2
M) andere Klinik/ andere Station	1	2	1	2
N) Psychotherapie/ psychologische Beratung	1	2	1	2
O) andere, nämlich	1	2	1	2

11.6 Sind Sie zur Zeit bzw. waren Sie seit Austritt zusätzlich zu den obigen Angaben und nicht explizit wegen Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol in entsprechenden Institutionen oder Beratungen?

	Anzahl neue Aufenthalte bzw. Behandlungsbeginne (1)	Aktuell, zur Zeit (2)	Gesamtdauer aller Behandlungen (in Tagen) (3)	Erstmaliger Eintritt: Wieviele Wochen nach Austritt? (4)
A) psychiatrische Klinik	1	2	1	2
B) andere Klinik/ andere Station	1	2	1	2
C) Psychotherapie/ psychologische Beratung	1	2	1	2

12. Legalverhalten, juristischer Status

12.1 Wurden Sie seit Austritt aus der Ref. Institution wegen Delikten, die Sie vor der Therapie (inkl. AWG) verübten...

	nie	einmal	zweimal	dreimal	öfters	weiss nicht	keine Antwort
A) gerichtlich verurteilt?	0	1	2	3	4	8	9
B) angeklagt?	0	1	2	3	4	8	9

12.2 Wurden Sie seit Austritt aus der Ref. Institution wegen Delikten, die Sie während der Therapie (inkl. AWG) verübten...

	nie	einmal	zweimal	dreimal	öfters	weiss nicht	keine Antwort
A) gerichtlich verurteilt?	0	1	2	3	4	8	9
B) angeklagt?	0	1	2	3	4	8	9

12.3 Wie oft wurden Sie seit Austritt aus der Ref.Institution wegen Delikten, die Sie nach der Therapie (inkl. AWG) verübten...

	nie	einmal	zweimal	dreimal	öfters	weiß nicht	keine Antwort
A) gepochtlich verurteilt?	0	1	2	3	4	8	9
B) angeklagt?	0	1	2	3	4	8	9

N12.3A
N12.3B

12.4 Haben Sie ein hängiges Verfahren?

- nein 1
- ja 2

N12.4

12.5 Welches waren die Gründe für Anklage(n), das/die hängigen Verfahren bzw. die Verurteilung(en)?

	Delikte vor Therapie/ AWG (V)			Delikte während Therapie/ AWG (W)			Delikte nach Therapie/ AWG (N)		
	Anklage (1)	hängige(s) Verfahren (2)	Verurteilung (3)	Anklage (1)	hängige(s) Verfahren (2)	Verurteilung (3)	Anklage (1)	hängige(s) Verfahren (2)	Verurteilung (3)
A) Drogenkonsum, Drogenbesitz	1	1	1	1	1	1	1	1	1
B) Drogenhandel, Drogeneinfuhr	1	1	1	1	1	1	1	1	1
C) Betrug, Urkundenfälschung	1	1	1	1	1	1	1	1	1
D) Diebstahl/ Unterschlagung	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E) Entwendung Töffli/ Auto	1	1	1	1	1	1	1	1	1
F) Einbruch/ Sachbeschädigung	1	1	1	1	1	1	1	1	1
G) unerlaubter Waffenbesitz	1	1	1	1	1	1	1	1	1
H) Raub	1	1	1	1	1	1	1	1	1
I) Delikte gegen Leib und Leben	1	1	1	1	1	1	1	1	1
J) Sexualdelikte	1	1	1	1	1	1	1	1	1
K) Verkehrsdelikte	1	1	1	1	1	1	1	1	1
L) anderes	1	1	1	1	1	1	1	1	1

N12.5AV1/2/3
N12.5AW1/2/3
N12.5AN1/2/3
N12.5BV1/2/3
N12.5BN1/2/3
N12.5BN1/2/3
etc.
N12.5A bis
N12.5L

12.6 Wie oft und wie lange waren Sie seit Austritt aus der Ref.Inst. in U-Haft bzw. im Gefängnis?

Anzahl/ Aufenthalte	Anzahl	keine Antwort
A) in U-Haft		99
B) im Gefängnis (ohne U-Haft)		99

N12.6A
N12.6B

Dauer insgesamt (< 1 Mt.= 0)

	nie	Anzahl Monate	keine Antwort
C) in U-Haft	777		999
D) im Gefängnis (ohne U-Haft)	777		999

N12.6C
N12.6D

12.7 Waren Sie seit Austritt aus der Ref.Inst. in strafrechtlich angeordnetem Maßnahmevollzug (inkl. vorzeitiger Antritt)?

unter 1 Mt. = 0	Anzahl Monate	keine Antwort
stationär:		
A) Einzelzugsbehandlung	777	999
B) Drogentherapie	777	999
C) Erziehungsheim	777	999
D) Psychiatrische Klinik	777	999
E) andere nicht spez. drogentherapeutische Institutionen	777	999
ambulant:		
F) Methadon	777	999
G) Psychotherapie, Familientherapie	777	999
H) reine Kontrollgespräche	777	999
ferner:		
I) jugendstrafrechtliche Maßnahme	777	999

N12.7A
N12.7B
N12.7C
N12.7D
N12.7E
N12.7F
N12.7G
N12.7H
N12.7I

12.8 Wurde seit Austritt aus der Ref.Inst. ein fürsorgischer Freiheitsschutz (FFE) verfügt?

nie	Anzahl FFE	keine Antwort
777		999

N12.8

13. Wichtige Veränderungen 18 Monate nach der Therapie

13.1 Wie sehr treffen folgende Aussagen aktuell auf Sie zu?
Wenn Sie die Zeit vor und nach der Therapie vergleichen, wie stark haben sich die folgenden Verhaltensweisen verändert, und gab es dabei einen Einfluss der Therapie?

Aktuelle Situation (1)	Stärke der Veränderung (2)					Einfluss der Therapie (3)
	stimmte gar nicht	stimmte eher nicht	stimmte etwas	stimmte genau		
	stark negativ	mittel negativ	gering negativ	keine	gering positiv	stark positiv
A) Ich kann an meine Gefühle herankommen und sie äußern	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
B) Ich pflege meinen Körper bewusst	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
C) Ich fühle mich sicher und kann mich klar ausdrücken	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
D) Ich reagiere gefasst in persönlichen Krisen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
E) Ich stelle mich den Problemen und suche nach anderen Möglichkeiten	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
F) Ich lasse mich offen auf andere ein, um sie verstehen zu können	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
G) Ich kann unabhängig von Anderen Entscheidungen treffen und meine Bedürfnisse äußern	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
H) Ich kann Kritik äußern und selber auch Kritik entgegennehmen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
I) Ich kann planen und mir realistische Ziele setzen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
J) Ich habe guten Kontakt mit meiner Familie	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
K) Ich habe einen Freundeskreis aufgebaut können, in dem ich mich wohlfühle	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
L) Ich habe eine Wohnsituation, mit der ich zufrieden bin	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
M) Ich habe eine Arbeit, mit der ich zufrieden bin	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
N) Ich gestalte meine Freizeit aktiv	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
O) Ich kann meinen Bürokratism erledigen und mit Geld umgehen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
P) Es fällt mir leicht, ohne Drogen zu leben	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
Q) anderes:	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4

13.2 Als wie stark beurteilen Sie den Einfluss der Therapie insgesamt in Hinsicht auf die erlebten Veränderungen?

stark negativ	mittel negativ	gering negativ	keine	gering positiv	mittel positiv	stark positiv
-3	-2	-1	0	1	2	3

14. Wichtige Aspekte der Therapie

14.1 Wie wichtig war es für Sie, in einer Therapie die Möglichkeit zu haben, die folgenden Erfahrungen zu machen?
Wie sehr hatten Sie diese Möglichkeit tatsächlich in Ihrer Therapie (und während dem AWG-Aufenthalt, falls sich dieser vom Therapieaufenthalt wesentlich unterschied)?

	persönliche Bedeutung (1)				Erfahrung in Therapie (2)				Erfahrung in AWG (3)			
	völlig unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	sehr wichtig	gar nicht möglich	eher unwichtig	etwas möglich	sehr gut möglich	gar nicht möglich	eher unwichtig	etwas möglich	sehr gut möglich
A) Ruhe haben, um mich mit mir selber auseinanderzusetzen und zu mir zu finden	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
B) Mich wieder daran gewöhnen, mir Ziele zu setzen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
C) Lernen, mit Anforderungen und Aufgaben zurechtzukommen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
D) Wichtige Anstöße erhalten, um mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
E) In einer Gemeinschaft leben können, mich in ihr zurechtfinden	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
F) Lernen, mit Regeln und Strukturen zurechtzukommen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
G) Distanz haben zum vorherigen Leben mit Drogen	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
H) Durch die Therapie aufgezeigt erhalten was Sucht beinhaltet	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4
I) anderes:	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4	1 ... 2 ... 3 ... 4

N14.1A bis N14.1B
N14.1A
N14.1B
N14.1C
N14.1D
N14.1E
N14.1F
N14.1G
N14.1H
N14.1I
N14.1J
N14.1K
N14.1L
N14.1M
N14.1N
N14.1O
N14.1P
N14.1Q
N14.1R
N14.1S
N14.1T
N14.1U
N14.1V
N14.1W
N14.1X
N14.1Y
N14.1Z

14.2 Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu - bezogen auf Ihre Erfahrungen in Ihrer Therapie-einrichtung (und in der AWG, falls sich die Erfahrungen in der AWG wesentlich von denen in der Therapie unterscheiden)?

	Aufenthalt in Therapieeinrichtung (1)				Aufenthalt in AWG (2)			
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft vollständig zu	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft vollständig zu
A) Die Regeln halfen mir weiterzukommen	1	2	3	4	1	2	3	4
B) Es gab zu viele Regeln, die für mich nicht einsichtig waren	1	2	3	4	1	2	3	4
C) Die Regeln wurden konsequent angewendet	1	2	3	4	1	2	3	4
D) Ich konnte eigene Vorschläge einbringen	1	2	3	4	1	2	3	4
E) Man vertraute uns	1	2	3	4	1	2	3	4
F) Es wurde ausreichend auf meine Person geachtet	1	2	3	4	1	2	3	4
G) Die Einzelgespräche mit Betreuungspersonen halfen mir, weiterzukommen	1	2	3	4	1	2	3	4
H) Die Gespräche in der Gruppe halfen mir weiterzu-kommen	1	2	3	4	1	2	3	4
I) Das Schul- oder Lernangebot half mir weiterzu-kommen	1	2	3	4	1	2	3	4
K) Das Arbeits- oder Berufsorientierungsangebot half mir weiterzukommen	1	2	3	4	1	2	3	4
L) Ich hatte keine Gelegenheit, mit Drogen wieder in Kontakt zu kommen	1	2	3	4	1	2	3	4
M) anderes:	1	2	3	4	1	2	3	4

N14.2A1 bis
N14.2A2
N14.2B1 bis
N14.2B2
N14.2A
bis
N14.2M

Probanden-Nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte Probanden-Nummer von Seite 1 eintragen

15. Uns interessiert, wie es Ihnen in Zukunft geht. Wir möchten uns deshalb gerne in einigen Jahren wieder mit Ihnen unterhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Forschungsstelle mich für eine spätere Untersuchung wieder kontaktieren kann. Das Interview kann ich jederzeit ablehnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin

Kontaktadresse:

Name und Vorname:

Straße und Nummer:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

bitte herausnehmen
(Nachbetrachtung)

Befragungsdatum

Probandennummer

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Gefühlen, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Probleme und Gefühle in den vergangenen 4 Wochen belastet worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Beispiel:

gar nicht

ein wenig

mässig

ziemlich stark

sehr stark

Minderwertigkeitsgefühle.....1.....2.....3.....4.....5

Wenn Sie zum Beispiel durch Minderwertigkeitsgefühle gar nicht belastet worden sind, kreuzen Sie bitte in der Kolonne "gar nicht" die "1" an. Wenn die Belastung durch Minderwertigkeitsgefühle mässig war, so kreuzen Sie bitte die "3" an.

ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT!
LASSEN SIE BITTE KEINE ZEILE AUS!

gar nicht

ein wenig

mässig

ziemlich stark

sehr stark

1. Schwierigkeiten, sich zu erinnern.....1.....2.....3.....4.....5

2. Gefühl, dass andere Sie kritisieren.....1.....2.....3.....4.....5

3. Sich traurig fühlen.....1.....2.....3.....4.....5

4. Leicht in Auseinandersetzungen oder Streit geraten.....1.....2.....3.....4.....5

5. Energieverlust oder Langsamkeit.....1.....2.....3.....4.....5

6. Gefühl, dass andere für die meisten Ihrer Sorgen verantwortlich sind.....1.....2.....3.....4.....5

7. Sich sorgen wegen der eigenen Nachlässigkeit oder Unsauberkeit.....1.....2.....3.....4.....5

8. Sich leicht ärgern oder schnell gereizt sein.....1.....2.....3.....4.....5

9. Sich auf offenen Plätzen oder auf der Strasse fürchten.....1.....2.....3.....4.....5

10. Gedanken, das Leben zu beenden.....1.....2.....3.....4.....5

11. Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann.....1.....2.....3.....4.....5

12. Rasch Tränen haben.....1.....2.....3.....4.....5

13. Sich dem anderen Geschlecht gegenüber scheu oder unbehaglich fühlen.....1.....2.....3.....4.....5

14. Sich eingeengt und gefangen fühlen.....1.....2.....3.....4.....5

gar nicht

ein wenig

mässig

ziemlich stark

sehr stark

15. Gefühlsausbrüche, die Sie nicht kontrollieren können.....1.....2.....3.....4.....5

16. Angst, allein aus dem Haus zu gehen?.....1.....2.....3.....4.....5

17. Gefühl, dass jemand Ihre Gedanken beeinflussen kann.....1.....2.....3.....4.....5

18. Selbstvorwürfe wegen bestimmter Dinge.....1.....2.....3.....4.....5

19. Sich einsam fühlen.....1.....2.....3.....4.....5

20. Wiederkehrende unangenehme Gedanken, die Sie nicht loswerden können.....1.....2.....3.....4.....5

21. Sich unfähig (blockiert) fühlen, Dinge zu erledigen.....1.....2.....3.....4.....5

22. Verminderung von sexuellem Interesse oder Freude.....1.....2.....3.....4.....5

23. Sorgen oder brüten über gewisse Dinge.....1.....2.....3.....4.....5

24. Für nichts Interesse haben.....1.....2.....3.....4.....5

25. In Ihren Gefühlen leicht verletzt sein.....1.....2.....3.....4.....5

26. Gefühl, andere Menschen kennen Ihre geheimen Gedanken.....1.....2.....3.....4.....5

27. Gefühl, die anderen verstehen Sie nicht oder seien teilnahmslos.....1.....2.....3.....4.....5

28. Gefühl, die andern seien unfreundlich oder mögen sie nicht.....1.....2.....3.....4.....5

29. Alles sehr langsam tun müssen, um sicher zu sein, es richtig zu machen.....1.....2.....3.....4.....5

30. Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen.....1.....2.....3.....4.....5

31. Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie sprechen.....1.....2.....3.....4.....5

32. Immer wieder kontrollieren müssen, was Sie tun.....1.....2.....3.....4.....5

33. Angst, mit Bahn, Tram oder Bus zu fahren.....1.....2.....3.....4.....5

34. Gewisse Dinge oder Aktivitäten meiden müssen, weil sie Ihnen Angst machen.....1.....2.....3.....4.....5

35. Leere im Kopf.....1.....2.....3.....4.....5

36. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden.....1.....2.....3.....4.....5

37. Gefühl der Hoffnungslosigkeit über die Zukunft.....1.....2.....3.....4.....5

38. Gedanken über den Tod oder das Sterben.....1.....2.....3.....4.....5

39. Sich unwohl fühlen, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie sprechen.....1.....2.....3.....4.....5

40. Gedanken haben, die nicht Ihre eigenen sind.....1.....2.....3.....4.....5

41. Drang, jemanden zu schlagen oder zu verletzen.....1.....2.....3.....4.....5

42. Drang, eine Handlung immer wieder zu wiederholen, z.B. sich zu waschen oder zu zählen.....1.....2.....3.....4.....5

43. Drang, etwas zu zerbrechen oder zu zerschlagen.....1.....2.....3.....4.....5

44. Vorstellungen oder Überzeugungen zu haben, die andere nicht mit Ihnen teilen.....1.....2.....3.....4.....5

45. Anders gegenüber sich gehemmt fühlen.....1.....2.....3.....4.....5

46. Laut herschreien oder Dinge herumwerfen.....1.....2.....3.....4.....5

47. Angst, vor anderen Leuten plötzlich schwach oder ohnmächtig zu werden.....1.....2.....3.....4.....5

	gar nicht	ein wenig	mässig	ziemlich stark	sehr stark	
48. Sich nervös fühlen, wenn Sie allein gelassen werden.....	1	2	3	4	5	SCLN48
49. Gefühl, dass andere Leute Sie ausnützen könnten.....	1	2	3	4	5	SCLN49
50. Beunruhigende Gedanken über sexuelle Dinge.....	1	2	3	4	5	SCLN50
51. Erschreckende Gedanken und Vorstellungen.....	1	2	3	4	5	SCLN51
52. Sich in Menschenansammlungen nicht wohl gefühlt, z.B. im Warenhaus oder im Kino.....	1	2	3	4	5	SCLN52
53. Sich nie so richtig einer anderen Person nahe fühlen.....	1	2	3	4	5	SCLN53
54. Schuldgefühle.....	1	2	3	4	5	SCLN54
55. Vorstellung, dass etwas im Kopf nicht mehr stimmt.....	1	2	3	4	5	SCLN55
56. Sich auch in Gesellschaft von anderen Leuten einsam fühlen.....	1	2	3	4	5	SCLN56
57. Gefühl, dass die andern Ihre Leistungen zu wenig würdigen.....	1	2	3	4	5	SCLN57
58. Sich unwohl fühlen beim Essen oder Trinken in einem öffentlichen Lokal.....	1	2	3	4	5	SCLN58
59. Minderwertigkeitsgefühle.....	1	2	3	4	5	SCLN59
60. Gefühl, alles sei eine Anstrengung.....	1	2	3	4	5	SCLN60
61. Konzentrationsschwierigkeiten.....	1	2	3	4	5	SCLN61
62. Sich überessen.....	1	2	3	4	5	SCLN62